

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**A promoção do sono na pessoa em situação crítica
internada em Unidade de Cuidados Intensivos:
Intervenção especializada de enfermagem**

Sara Filipa Canas da Silva

**Lisboa
2019**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center of the page.

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção especializada de enfermagem

Sara Filipa Canas da Silva


Orientador: Prof.^a Maria Teresa Leal

Co-Orientador: Prof.^a Helga Rafael Henriques

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Teresa Leal pelo rigor, exigência e suporte.

À Professora Doutora Helga Rafael Henriques, pela disponibilidade, profissionalismo, apoio, empenho e estímulo.

À Diana e ao Júlio pela amizade, companheirismo e apoio nesta jornada.

À Rita, que mesmo longe está sempre perto, pela amizade de sempre e para sempre.

Aos meus amigos e família pelo amor, paciência, carinho e compreensão.

Aos meus colegas do 7.º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em pessoa em situação crítica pela partilha e entreaajuda.

A todos os professores, enfermeiros, outros profissionais de saúde, doentes e suas famílias que contribuíram para o sucesso do presente percurso.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NREM – *Non-Rapid Eye Movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

QT – *Quiet Time*

RCSQ – *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*

REM – *Rapid Eye Movement*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVT – Suporte Avançado de Vida em Trauma

SBV – Suporte Básico de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SR – Sala de Reanimação

SUG – Serviço de Urgência Geral

TSR – Técnicas de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCDI – Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios

UIMC – Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico

UMICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

Em unidade de cuidados intensivos, a pessoa em situação crítica tem pouco mais de duas horas de sono diárias. O sono envolve numerosos mecanismos fisiológicos e comportamentais de grande complexidade, que têm uma ação reparadora, fundamental para a sobrevivência humana. A promoção do sono tem sido negligenciada por parte dos enfermeiros, em detrimento de intervenções de cariz tecnológico. Assim, a interrupção do sono neste contexto permanece um problema substancial, pelo que é necessário aprofundar a sua compreensão nesta população vulnerável.

O sono é um foco dos cuidados de enfermagem, sendo que o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica tem a função fundamental de cuidar a pessoa durante os processos complexos de doença, gerindo complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associados à falta de qualidade do sono. Desta forma, associada ao intento de desenvolver competências especializadas, surge o interesse de compreender o sono enquanto fenómeno da pessoa em situação crítica, internada em unidade de cuidados intensivos. Apoiada na Teoria do Conforto de Kolcaba, defini como objetivo geral: desenvolver competências na área dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, com ênfase na promoção do sono. Foram igualmente definidos um conjunto de objetivos específicos que contribuíram para guiar o meu percurso de aquisição de competências.

O presente trabalho é o culminar de um percurso de decorreu durante 20 semanas em contexto clínico, divididas entre uma unidade de cuidados intensivos e um serviço de urgência geral. Foi realizada pesquisa acerca da problemática em estudo, recorrendo à elaboração de uma revisão integrativa da literatura, produzida uma sessão informativa na qual apresentei uma escala de avaliação do sono, validada para a população portuguesa e contribuí para o desenvolvimento de um protocolo *quiet time*. Foi igualmente importante neste percurso a discussão e reflexão junto do enfermeiro orientador e pares, o acompanhamento em atividade de gestão dos cuidados, o estudo individual e a riqueza das experiências vividas. Com a aplicação das intervenções especializadas de enfermagem foi possível interferir positivamente nos resultados, com melhoria do conforto e, deste modo, com melhoria dos *outcomes* em saúde da pessoa em situação crítica. Simultaneamente ocorreu o

desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, das quais destaco as do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da gestão dos cuidados.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; unidade de cuidados intensivos; intervenções de enfermagem; promoção do sono.

ABSTRACT

In an Intensive care unit, the critically ill patient gets less than two hours of daily sleep. Sleep involves a complex process of physiological and behavioural mechanisms, has a repair function and is essential for human survival.

The promotion of sleep have been neglected by nurses in detriment of technical interventions. Therefore, the interruption of sleep in this context remains a substantial problem to this vulnerable group wich makes it essential to further understand.

Sleep is an important area of nursing care, and the specialist nurse in critically ill person plays a key role in providing care during person illness complex process, managing complications and identifying causes of instability and emotional distress associated with the lack of sleep quality.

Therefore, with the intention to develop specialised competencies, emerge the interest to understand sleep as critically ill patient phenomenon during his stay in an intensive care unit. Based on Kolcaba's comfort theory I defined as a general objective: to develop competencies in specialised nursing care to the critically ill patient, with focus on the promotion of sleep. The specific objectives were established and contributed to guide me troughout the course of acquisition of competencies.

The present analysis occurred as result of 20 weeks in a clinical environment, combined between an intensive care unit and emergency unit. A literature review was carried out regarding the subject, which enabled an informative session and the development of a sleep assessment screen, validated for the Portuguese population. In addition, contributed for the development of a protocol denominated *quiet time*. In this process it was equally important the discussion and reflection with my mentor nurse and colleagues, working throughout the management of care, the individual study and the wealth of experiences.

With the application of specialised nurse interventions it is possible to positively interfere in the results, improving comfort and thereby improving health outcomes to the critically ill patient. Simultaneously occurred a development of common competencies of a nurse specialist and specific competencies of a specialist nurse in critical care, which I highlight the professional responsability, ethical and legal, of continuous quality improvement, professional learning development and management of care.

Keywords: Critical ill patient; intensive care units; nursing assessment; critical care nursing; sleep promotion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. O sono da pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos.....	17
1.2. Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com perturbação do sono.....	20
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....	25
2.1. Unidade de cuidados intensivos.....	25
2.2. Serviço de urgência geral.....	48
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

Anexo I – Autorização para a utilização do questionário *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*

Anexo II – Certificado de presença no workshop “Técnicas de Substituição Renal Contínuas” no âmbito do II Congresso da Secção Regional do Sul

Anexo III – *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* validado para a população portuguesa

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3.º semestre do 7.º CMEEPSC

Apêndice II – Objetivos específicos para a aquisição de competências no contexto de UCI

Apêndice III – Objetivos específicos para a aquisição de competências no contexto de SUG

Apêndice IV – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice V – Sessão informativa realizada em contexto de unidade de cuidados intensivos

Apêndice VI – Protocolo *Quiet Time*

Apêndice VII – Ficha de avaliação da sessão informativa

Apêndice VIII – Avaliação da sessão informativa

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, decorrida no 3.º semestre do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a elaboração de um relatório de estágio como método de avaliação do processo de aquisição de competências especializadas na área do cuidado à pessoa em situação crítica (PSC).

O presente trabalho é o culminar de um percurso que decorreu durante 20 semanas em contexto clínico, de 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018, explicitado no cronograma em apêndice I.

Decidi abordar a temática da promoção do sono da PSC internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), uma vez que o sono em UCI é muitas vezes descurado, cabendo aos enfermeiros intervir nessa situação e colmatar o problema procurando soluções através de intervenções autónomas e interdependentes (Tembo & Parker, 2009).

O sono envolve numerosos mecanismos fisiológicos e comportamentais de grande complexidade que têm uma ação reparadora, fundamental para a sobrevivência humana, constituindo-se assim um foco dos cuidados de enfermagem em UCI (Beltrami, Nguyen & Pichereau, 2015; Friese, 2008; Kamdar, Needham & Collop, 2012). Segundo Virgínia Henderson, o sono é considerado uma necessidade humana fundamental e é perturbado principalmente por fatores externos, sendo a hospitalização um dos principais (Younas & Sommer, 2015). Para Kolcaba o sono, promovido pelos comportamentos e intervenções adotados pelos profissionais, favorece a obtenção do estado de conforto, que por sua vez visa o ganho de saúde (Oliveira, 2013), sendo por outro lado, favorecido com a promoção de um ambiente adequado, em resposta à necessidade de conforto ambiental (Clares, Freitas & Galiza, 2012; Kolcaba, 2003).

Sendo a ausência de um sono de qualidade considerado um foco sensível aos cuidados de enfermagem, o enfermeiro fica responsável por assegurar e garantir condições e recursos necessários para a sua obtenção, através da promoção do conforto (Oliveira, 2013, p.6).

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) dá enfoque ao tema identificando a insónia no resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem (OE, 2007). Os sistemas de linguagem padronizada, como a CIPE e a NANDA, destacam igualmente o sono como um foco, estando fortemente associados à sensibilidade a estímulos externos (CIPE, 2016; Herdman & Kamitsuru, 2015).

Paralelamente, os enfermeiros têm conhecimento insuficiente sobre o sono (Gellerstedt, Medin & Kumlin, 2015). Também no contexto de cuidados onde trabalho (Medicina Interna), a avaliação e promoção do sono tem sido alvo de pouca atenção por parte dos profissionais. Deparo-me frequentemente com a falta de qualidade do sono nas pessoas internadas, interrogando-me de que maneira os enfermeiros podem responder ao problema, uma vez que este depende de vários fatores.

Apesar da crescente preocupação com o sono, a pesquisa sobre os efeitos da sua promoção em UCI continua a ter lacunas, pelo que são necessárias mudanças de paradigma em todos os níveis na equipa de cuidados de saúde (Beltrami et al., 2015; Friese, 2008). Encontrando-se a PSC numa situação de grande instabilidade e vulnerabilidade, a gestão do sono e repouso ganha ainda mais relevo, pois a pessoa encontra-se totalmente dependente (Aitken, Elliot & Mitchell, 2017). Garantir um sono de boa qualidade, durante a recuperação da doença aguda, tem implicações na duração do internamento, nas taxas de infeção, nas taxas de complicações globais e de mortalidade, pois a interrupção do sono na PSC causa disfunção do sistema imunitário, metabólico, cardiovascular, respiratório e neurológico, diminuição da resistência à infeção, e dificuldade na cicatrização de feridas (Beltrami et al., 2015; Bihari, McEvoy & Matherson, 2012; Friese, 2008).

É, por isso, premente que os enfermeiros estejam atentos à satisfação da necessidade de sono da PSC, quer pela vigilância da estabilidade hemodinâmica, ou verificação das manifestações de desconforto (González, Montalvo & Herrera, 2017), quer pela gestão e controlo de sintomas ou pela verificação dos níveis de satisfação com os cuidados (Oliveira, 2013).

Desta forma, associada ao intento de desenvolver competências especializadas, na área da prestação de cuidados à PSC, surge o interesse de compreender o sono enquanto fenómeno da PSC internada em UCI. E assim, de desenvolver competências que consolidem intervenções de enfermagem promotoras

da qualidade do sono nesta população. Sustentando-me na Teoria do Conforto de Kolcaba, neste relatório defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências na área dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, com ênfase na promoção do sono.

Foram igualmente definidos um conjunto de objetivos específicos que contribuíram para guiar o meu percurso (apêndices II e III).

Sustentei as competências desenvolvidas durante o estágio no Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adotado por Benner (2001). Integrei ainda os descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação (Direção-Geral do Ensino Superior [DGES], 2013) e as competências definidas para o CMEEPSC (ESEL, 2010), em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (OE, 2010a) e específicas da área de especialização na PSC (OE, 2010b). Tal visa a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EE pela OE.

Para a concretização de todo o meu percurso, muito contribuiu a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI, cujo protocolo fica se encontra no apêndice IV.

A finalidade do presente relatório de estágio é, por isso, refletir acerca do percurso de desenvolvimento de competências especializadas durante os estágios que ocorreram no 3.º semestre do curso.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos, em que após a presente introdução, é exibido o primeiro capítulo que diz respeito ao enquadramento teórico acerca da temática abordada, seguida do segundo capítulo que engloba o processo e percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. No terceiro capítulo constam as considerações finais, onde é realizada a síntese do trabalho e contributos adquiridos, a avaliação do percurso realizado e da concretização dos objetivos e explicitadas as implicações para a prática. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas na realização do trabalho.

O presente trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico e referenciado através da norma *American Psychological Association* (APA), 6.ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A identificação da problemática da promoção do sono na PSC internada em UCI na prática de cuidados e a necessidade de reconsiderar o modo de agir, conduziram à procura pela melhor evidência científica sobre a temática. Deste modo, foi fundamental realizar pesquisa acerca do tema e fundamentá-lo alicerçando-o na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Estes contributos permitiram conhecer a intervenção especializada de enfermagem adequada à resolução do problema, visando o desenvolvimento de competências.

O presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, sendo que o primeiro diz respeito à clarificação do conceito de sono da PSC internada em UCI, e o segundo aborda os cuidados de enfermagem à PSC com perturbação do sono, numa perspetiva de intervenção especializada de enfermagem.

1.1. O sono da pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos

O sono é um estado de consciência particular, bastante diferente do coma ou da situação anestésica, traduzindo-se num estado que surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock & Silva, 2012). Este envolve numerosos mecanismos fisiológicos e comportamentais de grande complexidade do sistema nervoso central e caracteriza-se por apresentar dois estados, o sono REM e o NREM (Beltrami et al., 2015; Frieze, 2008; Kamdar et al., 2012). O primeiro é responsável por cerca de 25% do tempo total de sono, em que a atividade cerebral é rápida e de baixa amplitude, ocorrendo episódios de movimentos oculares rápidos, alteração da respiração e da frequência cardíaca, bem como atonia e/ou hipotonia dos principais grupos musculares, constituindo deste modo, uma fase reparadora do sono com limiar excitatório variável (Berry, Brooks & Gamaldo, 2015). O sono NREM é constituído por três estádios, aumentando progressivamente a profundidade do sono e limiar de excitação, caracterizando-se o estádio 3 como a fase mais profunda do sono, sendo fundamental nos processos reparadores (Berry et al., 2015).

O expectável é que os dois diferentes tipos de sono se alternem, ciclicamente, ao longo da noite, numa média de 5 a 6 ciclos por noite, sendo que o NREM predomina

na primeira parte e o REM na segunda, podendo esta dinâmica sofrer alterações (Carskadon & Dement, 2011). A idade, o ritmo circadiano, a temperatura do ambiente, uso de fármacos e determinadas patologias constituem fatores que podem alterar o ciclo do sono (Beltrami et al., 2015). O ciclo do sono, por norma, sincroniza com as 24 horas do dia, através de estímulos ambientais, constituindo a luz o estímulo preponderante, pelo que pode ser interrompido num ambiente isento de alternância de luminosidade (Beltrami et al., 2015).

Hall, Rosbash e Young, prémio Nobel da Medicina em 2017, demonstraram que o relógio biológico antecipa e adapta a fisiologia do ser humano ao longo das diferentes fases do dia, ajudando a regular padrões do sono, comportamento, níveis hormonais, pressão arterial, temperatura corporal e metabolismo, sendo o nosso bem-estar afetado quando há uma incompatibilidade temporária entre o ambiente externo e esse relógio interno, como quando o ciclo sono-vigília é alterado, estando associado ao aumento do risco de várias doenças (Hall, Rosbash & Young, 2017).

De acordo com Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), a PSC é aquela que se encontra em fase aguda, criticamente doente ou ferida e não é capaz de manter estabilidade fisiológica, ou que se encontra com elevado risco de desenvolver rapidamente essa instabilidade. A sua condição define e orienta as intervenções e práticas dos enfermeiros de cuidados críticos, especialmente porque a PSC é, regra geral, dependente da terapia intensiva contínua e tecnologia de apoio, para manter funções vitais (Benner et al., 2011). Sendo a PSC quem recebe os cuidados de saúde (Kolcaba, 2011) e sabendo-se que tem um ciclo do sono que dura pouco mais de duras horas, ainda que este seja determinante na doença crítica (Aitken et al., 2017) é urgente mudar atitudes e desenvolver intervenções promotoras do sono.

É conhecido que o papel do sono durante a recuperação de uma doença aguda tem sido negligenciado, sendo a promoção do sono princípio básico para a sobrevivência, ignorada por parte dos profissionais em UCI, em detrimento dos avanços da ventilação mecânica, nutrição, antibioterapia e reabilitação (Beltrami et al., 2015; Friese, 2008).

Em UCI a prática de interrupção do sono é evidente, sendo a prevalência de distúrbios do sono superior a 50%. A iluminação, ruído e avaliações/tratamentos noturnos são frequentes e dificultam o alcance do sono de qualidade adequado na PSC, pelo que é premente que os profissionais de saúde neste contexto entendam a

importância desta problemática e olhem o sono como um tratamento, como a antibioterapia, o suporte nutricional, ou a ventilação (Bihari et al., 2012; Friese, 2008).

Os fatores que causam interrupção do sono, em UCI, não são totalmente compreendidos, mas sabe-se que são multifatoriais e podem ser extrínsecos e/ou intrínsecos, tais como: a condição aguda da doença, o ruído, a luz, os mediadores inflamatórios, a administração de sedativos e opióides, a dor, o desconforto e a ventilação mecânica (Aitken et al., 2017; Beltrami et al., 2015; Elliot, McKinley & Cistulli, 2013). No que diz respeito aos fatores extrínsecos/ambientais, é conhecido que o ruído pode resultar em hipertensão por resposta ao stresse, com ativação do sistema simpático, constringindo os vasos, tendo efeitos no estado físico e psicológico do doente (Riemer, Mates & Ryan, 2015). Também a exposição à luz resulta em danos físicos e psicológicos, devido à sua influência no ritmo circadiano, afetando a secreção de melatonina, que é diminuída pois a sua secreção máxima é alcançada no período em que há ausência de luz, sendo elementar na regulação do ciclo sono-vigília (Beltrami et al., 2015).

sendo que tanto o ruído como a luz causam libertação de corticosteróides e catecolaminas na corrente sanguínea (Riemer et al., 2015).

A intervenção do enfermeiro sobre a temática deve ser multifacetada, abordando a promoção do sono em diferentes níveis simultaneamente, devendo tratar questões de ruído e iluminação, minimizar as avaliações e procedimentos e utilizar intervenções farmacológicas de modo a melhorar o tempo em estádios reparadores de sono (Friese, 2008). Devem também ser consideradas intervenções comportamentais que melhorem a qualidade do sono, como a massagem, a técnica de relaxamento, a musicoterapia e o *biofeedback*, colocando em prática protocolos de modo que conduzam a resultados positivos (Friese, 2008).

Os protocolos de promoção de sono, comumente designados por protocolos *Quiet Time* (QT) visam uniformizar a intervenção da equipa multiprofissional, reduzir fatores ambientais perturbadores do sono, reduzir em cerca de 25% a utilização de fármacos sedativos e incentivar o descanso na PSC, estando documentado que estas intervenções contribuem para a satisfação da pessoa, familiares e profissionais de saúde (Buxton, Cain & O'Connor, 2012; Maidl, Leske & Garcia, 2014).

A interrupção do sono permanece claramente um problema substancial na PSC internada em UCI, pelo que é necessário aprofundar a compreensão desta

problemática nesta população vulnerável, testando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação (Elliot et al., 2013). Há evidência de que os enfermeiros têm dificuldade em avaliar o sono da PSC com precisão, sobrevalorizando a sua quantidade e qualidade, quando comparado com a avaliação dos doentes sobre o sono (Aitken et al., 2017).

Assim, com o objetivo de avaliar o sono na PSC, de modo sistemático e sistematizado, bem como a eficácia das intervenções utilizadas para promover a qualidade do sono nesta população, têm sido desenvolvidos vários instrumentos de avaliação. O *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (RCSQ) tem sido o mais utilizado, sendo que avalia o sono a partir de cinco dimensões: profundidade, latência do início do sono, fragmentação/número de despertares, tempo despendido acordado e qualidade do sono (Beltrami et al., 2015). As respostas ao questionário podem ser fornecidas pelos doentes ou pelos enfermeiros, sendo registadas numa escala visual analógica de 100 mm, onde os resultados mais altos representam um sono de maior qualidade e vice-versa (Beltrami et al, 2015; Kamdar et al., 2012).

Conhecer o conceito de sono, o seu impacto, os fatores perturbadores, os resultados e as intervenções promotoras do mesmo, é de extrema importância para o entendimento da problemática. Os conhecimentos aprofundados acerca do tema, sustentam a minha intervenção junto da PSC com a presente especificidade. Desta forma, potencia o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem incidindo nos focos de instabilidade da pessoa, assumindo a função enquanto enfermeira especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (EEEPSC), fundamental na melhoria dos resultados em saúde para o doente.

1.2. Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com perturbação do sono

Ao longo da história várias foram as teóricas que enfatizaram a importância do sono, como Nightingale e Jean Watson. As teóricas de enfermagem Nightingale e Watson defendiam a criação de ambientes terapêuticos no sentido de beneficiar o doente e enfermeiro (Riemer et al., 2015). Nightingale identificou a luz e o ritmo circadiano como dois fatores importantes para apoiar e restaurar a saúde da pessoa

doente, associando as perturbações do sono a aspetos relativos ao ambiente (Nightingale, 2006).

Virgínia Henderson defende que o ser humano tem um conjunto de 14 necessidades fundamentais, entre elas o sono, sendo que a sua saúde depende de como se as conserva e/ou recupera (Clares et al., 2012). Estas englobam aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais e representam os componentes do cuidado de enfermagem (Clares et al., 2012). Henderson, Nightingale e Kolcaba defendem que cabe ao enfermeiro proporcionar um ambiente adequado que responda à necessidade de conforto ambiental, propiciando um sono adequado (Clares et al., 2012; Kolcaba, 2003; Nightingale, 2006).

A Teoria do Conforto de Kolcaba contempla quatro dimensões, a física, psicoespiritual, sociocultural e a ambiental, sendo que as intervenções de enfermagem visam atingir resultados que se traduzem por três níveis de conforto, o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Kolcaba, 2003). Como já foi descrito, também os fatores que perturbam o sono e a sua qualidade têm natureza distinta e dividem-se nas quatro dimensões, permitindo que as mesmas intervenções que proporcionam o conforto promovam simultaneamente o sono. Segundo esta autora, as intervenções de enfermagem são o produto resultante de um processo de ações confortantes, em que o resultado esperado é o aumento do conforto e as dimensões representam os fatores que perturbam o sono (Kolcaba, 2003).

Está descrito que as hormonas como o cortisol e a melatonina são perturbadas com a exposição ao ruído e à luz (Hu, Jiang & Hegadoren, 2010), o que fará com que a diminuição destas provoque uma pobre qualidade do sono e consequentemente conduza a períodos de sonolência diurna (Li, Wang & Wu, 2011). Ainda na dimensão física, a imobilização, a dor física e a avaliação neurológica são enumerados como fatores igualmente constrangedores (Uğraş & Oztekin, 2007). Assim, é importante reduzir os estímulos ambientais no período noturno, como o ruído e a luz, bem como minimizar o número de intervenções realizadas à pessoa, garantido que esta não tenha dor e se encontre na posição mais confortável e favorável à sua condição física. Desta maneira, estaremos a intervir sobre as sensações corporais e processos de doença (Kolcaba, 2003), visando a obtenção de conforto.

No estudo elaborado por Uğraş e Oztekin (2007), a PSC refere como fatores perturbadores do sono, a ansiedade relacionada com o prognóstico clínico e

preocupações relativamente à condição laboral após internamento, daí a importância de esclarecer dúvidas junto da pessoa e família, bem como o encaminhando para profissionais com outros recursos como a assistente social quando necessário. Apesar de serem referidos como fatores ambientais, a utilização de níveis de iluminação adequados contribuem para sentimentos de calma e segurança (Engwall, Fridh & Johansson, 2015). Outras técnicas contribuem para reduzir o nível de ansiedade da PSC, como o uso de música relaxante (Hu et al. 2015), a inalação de óleo essencial de lavanda (Karadag, Samancioglu & Ozden, 2017) e otimização da temperatura (Richardson, Allsop & Coghill, 2007). Tendo em conta que segundo Kolcaba (2003), a dimensão psicoespiritual diz respeito à componente emocional, mental e espiritual, à autoestima e autoconceito, ao dominarmos os aspetos acima referidos estaremos a colmatar as lacunas que impedem a consecução do conforto, promovendo-o.

Segundo Uğraş e Oztekin (2007) o curto período de visitas para familiares e amigos é referido como constrangedor e gerador de stress. Deste modo deve ser promovido um período de visitas sem interrupções, planeando-se as intervenções não urgentes fora desse horário, contribuindo para a promoção da dimensão sociocultural, que inclui as relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003).

Engwall et al. (2015) destacam o ruído e a luminosidade como os fatores que mais afetam a qualidade do sono. Estes defendem que um sistema de iluminação com ciclos que reproduzam a luz natural, combinado com a luz do dia, é bastante importante para a promoção do sono. Assim, é essencial que se mantenham as luzes ligadas durante o dia forçando o cérebro a percecionar esse período como dia, diminuindo-as e/ou abolindo-as no período noturno. Deve-se igualmente estimular a PSC durante o período diurno de modo a que esta permaneça acordada, conversando e explicando os procedimentos, independentemente do nível de consciência, e incentivar os familiares a fazê-lo com recurso a imagens, temas e conversas habituais. Assim não somente estaremos a promover o conforto na dimensão ambiental, como também na dimensão psicoespiritual e sociocultural.

De modo a suprimir os constrangimentos provenientes do ambiente, no período noturno, alguns autores sugerem a utilização de máscaras oculares e tampões para os ouvidos, tendo sido comprovado o aumento da qualidade do sono (Dave, Qreshi & Gopichandran, 2015; Hu et al., 2015). Hamze, Souza e Chianca (2015) descrevem

que a programação dos horários das intervenções que perturbam o sono é referenciada na rotina dos profissionais da UCI, em detrimento da preferência ou necessidade da PSC. Uma das formas de promover a qualidade do sono será minimizando as intervenções durante o período noturno (Hamze et al., 2015; Li et al., 2011), devendo ser abordado um plano multidisciplinar entre a equipa de saúde, planeando as intervenções (Uğraş & Oztekin, 2007). Para tal a aplicação de um protocolo QT será fundamental.

A utilização de protocolos QT na prestação de cuidados de enfermagem é descrita como uma estratégia com um grande potencial para abordar as quatro dimensões de conforto presentes na Teoria de Kolcaba (Krinsky, Murillo & Johnson, 2014). Esta teoria identifica uma taxonomia de fatores a considerar na avaliação e intervenção aquando da aplicação destes protocolos, ajudando os enfermeiros a empregar métodos eficazes na promoção do conforto, incluindo o sono. Encontra-se descrito que a pessoa que experimenta conforto, mostra-se mais satisfeita com os cuidados prestados, bem como os enfermeiros e a instituição, proporcionando uma melhoria no *outcome* em saúde (Krinsky, Murillo & Johnson, 2014; Maidl et al., 2014).

Uma melhoria no *outcome* da PSC diz respeito à obtenção de conforto que se divide em três níveis. Assim, o alívio constitui o primeiro nível de conforto, onde é satisfeita uma necessidade específica de conforto, através do posicionamento adequado, gestão da dor e controlo de fatores ambientais. No segundo nível consta a tranquilidade, caracterizada por ser um estado de quietude e satisfação fundamental para o desempenho capaz da pessoa, antecipando a transcendência. No terceiro nível a pessoa é capaz de se suplantar, apresentando competências para resolver os seus problemas e controlar o seu futuro (Kolcaba, 2003).

A PSC apresenta frequentemente obstáculos na satisfação das quatro dimensões do conforto. Podendo esta falta de conforto se manifestar por dor, limitação da autonomia ou outras manifestações físicas decorrentes do quadro clínico. O conforto é inúmeras vezes, negligenciado em prol do número elevado de intervenções associadas à manutenção de funções vitais. Posto isto, importa manter o suporte vital promovendo o sono e o conforto em simultâneo, pelo que é fundamental estar munida de um conjunto de saberes e competências específicas exigidos pela PSC, prestando cuidados de enfermagem de acordo com uma abordagem individual e especializada.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

No presente capítulo será apresentado o meu percurso de desenvolvimento de competências, onde estarão explicitas as atividades desenvolvidas, os fatores facilitadores, bem como as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as colmatar.

O percurso foi realizado em dois contextos, uma UCI e um Serviço de Urgência Geral (SUG) de dois hospitais distintos. O estágio teve uma duração de 500 horas ao longo de cinco meses, tendo realizado um maior número de horas de estágio na UCI, como evidenciado no cronograma (apêndice I). A escolha dos locais teve como princípios gerais: serem contextos de prática clínica diferentes do âmbito de trabalho onde exerço funções; contemplarem diferentes experiências e momentos de aprendizagem, permitindo-me sair da minha zona de conforto; e promovesse o crescimento pessoal e profissional.

Assim, este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos que se referem ao desenvolvimento de competências ocorrido em UCI e em SU.

2.1. Unidade de cuidados intensivos

O estágio na UCI decorreu entre os dias 4 de outubro e 9 de dezembro de 2017, sendo que para este foram estabelecidos objetivos específicos e delineadas atividades a desenvolver para a sua concretização, explicitados em apêndice II. A escolha da UCI onde realizei estágio prendeu-se com o facto de ser uma unidade nível III (Penedo, Ribeiro & Lopes, 2013), com bons indicadores de qualidade e infraestruturas recentes, sendo acreditada pela *Joint Commission International*.

Esta unidade faz parte do serviço de medicina intensiva (SMI), uma unidade polivalente, que contempla a UCI e a unidade de cuidados intermédios (UCInt). São contíguas e possuem a mesma equipa multidisciplinar. A UCI apresenta equipamentos com tecnologia avançada e estruturas modernizadas, com capacidades para 10 doentes em quartos individualizados, com estrutura física em *open space* e nave central onde funcionam a sala de enfermagem/posto de vigilância e sala de

preparação de terapêutica. A UCInt contempla 12 camas, onde também se encontram doentes internados com instabilidade hemodinâmica, podendo 4 estar adaptados a ventilação mecânica invasiva (VMI). Destes, 30% são doentes do foro cirúrgico, fornecendo o SMI apoio direto ao bloco operatório e 70% do foro médico. Não abrange as especialidades de neurocirurgia, cirurgia cardiorácica, patologia hematológica grave e politraumatizados, sendo outra instituição hospitalar a dar resposta a estas situações¹. Pelas características apresentadas e pela chefia de enfermagem ter manifestado interesse pelo tema do meu projeto, foi-me permitido desenvolvê-lo em estágio.

O início do estágio neste contexto foi acometido por diferentes emoções, uma vez que nunca tinha experienciado a prestação de cuidados em UCI. Tinha expectativas elevadas quanto ao número de experiências diferentes que poderia viver, bem como me encontrava apreensiva por não dominar o equipamento, tecnologia e instabilidade hemodinâmica dos doentes, presentes neste tipo de contexto.

Foi incentivador discutir os objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro orientador e enfermeiro chefe, de modo a adequar o projeto à realidade do serviço, bem como dar conhecimento dos meus objetivos para que as atividades fossem promovidas no seio da equipa, onde foi tido o cuidado e atenção de me proporcionarem um vasto número de experiências enriquecedoras ao longo do percurso. Esta atividade possibilita que o estudante se sinta inserido na equipa, seguro na prestação de cuidados e nutra um sentimento de pertença à instituição e contexto (Macedo, 2012).

Foi particularmente importante conhecer o serviço, a sua estrutura física, dinâmica, organização e funcionamento pois senti que a minha autonomia era também proporcional a esse conhecimento. Deste modo não teria que estar a questionar frequentemente acerca dos locais dos materiais, equipamentos e estruturas, sendo o tempo mobilizado na reunião destes recursos fundamental para a gestão e priorização dos cuidados à PSC.

Conhecer o modo como o serviço se articula com os restantes foi facilitador, nomeadamente no que diz respeito ao serviço de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), bloco operatório e SU, uma vez que são os

¹ Dados fornecidos pelo enfermeiro-chefe.

principais serviços para onde realizava transportes intra-hospitalares, bem como de onde eram provenientes os doentes internados na unidade.

O facto de o SMI contemplar também a UCInt, onde realizei alguns turnos, permitiu-me conhecer melhor o circuito realizado pela PSC, desde a sua admissão na UCI até ser transferida para o internamento, sendo este sempre acompanhado pelo enfermeiro durante o transporte para os diferentes serviços nas diferentes fases. Ao realizar o transporte intra-hospitalar da PSC, dentro do SMI, para o BO, serviço de imagiologia e para outras unidades de internamento, desenvolvi a competência que diz respeito ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2010b), pois as diferentes e repetidas experiências permitiram-me desenvolver perícia na identificação de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória aos mesmos, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC.

Sabendo que o transporte intra e extra-hospitalar da PSC é caracterizado pela instabilidade e compreende vários riscos, nomeadamente compromisso na função cardiovascular e respiratória, é fulcral que as intervenções de enfermagem sejam orientadas por rotinas e princípios que oferecem uma observação pertinente e metódica (Silva, Amante & Salum, 2016). Deste modo, primei por garantir a segurança dos cuidados, verificando e testando sempre a autonomia e funcionalidades do equipamento, como o monitor e ventilador de transporte, seringas infusoras, calculando a quantidade de oxigénio na bala, tendo o cuidado de fixar os dispositivos invasivos, fazendo-me acompanhar sempre dos registos. Assim, considero ter desenvolvido a competência que diz respeito ao ambiente terapêutico e seguro, pois tive em conta que a gestão do mesmo é imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, tendo atuado proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (OE, 2010a).

O papel do enfermeiro é de extrema importância e pressupõe o controlo do risco prevenindo complicações, sendo que as alterações fisiológicas da PSC muitas vezes não são facilmente detetáveis (Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008; Silva, et al., 2016). Desta forma, é premente o planeamento cuidadoso, envolvendo uma monitorização, equipamento e equipa adequada, podendo o enfermeiro influenciar positiva ou negativamente a qualidade do transporte. É recomendado que os profissionais sejam treinados para tal, devendo

ter formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Avançado de Vida em Trauma (SAVT) (OM & SPCI, 2008).

O planeamento cuidadoso por mim desenvolvido envolveu não só os princípios de segurança supracitados bem como passou por conhecer o estado hemodinâmico da PSC e os sinais vitais considerados normais para a mesma, permanecendo alerta para um desvio no seu padrão, ajustando os alarmes para esses limites. Além de ter cumprido sempre estes princípios, tive o cuidado de conhecer e escolher o circuito mais curto e com menor influência externa sobre a PSC, o que foi facilitado pelo facto do presente hospital ter sido concebido com essas preocupações, bem como não bater com as portas na cama, minimizando o trauma e assim as oscilações hemodinâmicas.

Considero que o facto de ter executado o transporte da PSC em 80% dos turnos realizados, contribuiu para desenvolver competências que dizem respeito ao coligar o suporte humano e tecnológico, uma vez que é premente garantir que estes sejam aliados no planeamento do transporte, promovendo uma resposta rápida e direta face às potenciais intercorrências, como defendem Morais e Almeida (2013).

Saliento a relevância dos conhecimentos adquiridos na UC de enfermagem em cuidados intensivos, bem como os cursos de SAV, SAVT e Suporte Básico de Vida (SBV), lecionados nos dois primeiros semestres do presente CMEEPSC, uma vez que me capacitaram para esta fase do percurso. A riqueza técnico-científica adquirida por estes traduziu-se na minha capacidade em identificar focos de instabilidade, avaliando a pessoa com o algoritmo ABCDE², aliando aos sinais vitais demonstrados pelo equipamento, incluindo o ritmo electrocardiográfico. Tal sucedeu aquando da prestação de cuidados de higiene e conforto a uma pessoa internada em UCI, que havia sido extubada e desconectada da VMI cerca de 12 horas antes, encontrando-se internada por paragem cardiorrespiratória (PCR) de etiologia a esclarecer. Durante a mobilização no leito, ao alternar do decúbito, esta inicia um quadro de desvio conjugado do olhar para a esquerda com encerramento da mandíbula. Simultaneamente verifico o monitor que demonstrava a descida de saturações periféricas de oxigénio e rapidamente um ritmo cardíaco desorganizado, pelo que pedi

² Avaliação ABCDE - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição (Thim, Krarup & Grove, 2012).

ajuda identificando como uma urgência, solicitei o carro de urgência e a situação evoluiu para PCR, tendo sido iniciadas manobras de SBV seguidas de SAV.

Considero ter sido de extrema importância dominar a constituição da equipa multiprofissional, uma vez que a prestação de cuidados e trabalho desenvolvido na unidade é realizado a par, e em conjunto com outros profissionais, como os médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Foi essencial integrar-me progressivamente na equipa e estabelecer uma relação empática e de confiança com esta. Em UCI são realizadas atividades de elevada complexidade, pelo que é fundamental que exista trabalho dinâmico e integrado entre os diferentes elementos que constituem a equipa, com o fim de prestar cuidados de qualidade e melhorar a satisfação dos profissionais (Camelo, 2012).

Deste modo, procurei conhecer quais as competências dos assistentes operacionais na presente UCI, pois a dinâmica difere entre serviços e instituições, a organização do material em cada unidade, bem como supervisionar as funções estipuladas pela organização. Conhecer a dinâmica dos fisioterapeutas e técnicos de MCDT foi igualmente pertinente pois foi necessário ter presente as suas rotinas e horários de modo a gerir os cuidados à PSC, prevenindo sobreposições e constrangimentos, facilitando o trabalho destes profissionais, envolvendo-os em equipa em prol da PSC.

A salientar tenho a relação estabelecida com a equipa médica, que trabalha a par e continuamente com a de enfermagem, sendo que me disponibilizei sempre para colaborar. Participei nas reuniões multidisciplinares realizadas no turno da noite, onde tomei a iniciativa de ter voz ativa e transmitir as informações dos doentes internados, sob a supervisão do enfermeiro orientador, discutindo o plano terapêutico de cada um, tendo promovido e consolidado uma relação de confiança com a equipa médica. Tal se verificou sempre que a equipa me abordava questionando algo sobre a pessoa e/ou dando orientações sobre os mesmos.

Deste modo, considero ter desenvolvido a competência que diz respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2010a), bem como às competências que dão resposta às metas expressas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (DGES, 2013).

Igualmente pertinente foi conhecer a dinâmica da equipa de enfermagem, a função de cada um dos elementos, sobretudo do chefe de equipa, enfermeiro chefe e enfermeiro coordenador, sendo que o facto do enfermeiro orientador estar a realizar integração em funções de chefe de equipa aquando do meu estágio, foi muito proveitoso, pois pude contactar e colaborar em aspetos da gestão e coordenação de equipa e serviço. As funções do enfermeiro chefe equipa passam por coordenar a equipa, realizar reuniões diárias com a equipa multidisciplinar, distribuir os elementos da equipa de enfermagem pelos diferentes postos de trabalho e atribuir-lhes doentes, assumir funções na EEMI, articular com o enfermeiro coordenador a gestão de altas e transferências, verificar diariamente a mala de transporte, equipamento e mala de EEMI e desfibrilhador.

Segundo Potra, Diogo e Rodrigues (2017), o enfermeiro que reúne competências de gestão e coordenação é um enfermeiro considerado muito importante nas instituições de saúde, uma vez que sendo líder, as suas funções estão relacionadas com a “supervisão dos seus pares, com o seu desenvolvimento moral, empenho e satisfação no trabalho dos enfermeiros” (p. 49), potenciando também a competência emocional da equipa. Neste sentido, pude experienciar e vivenciar de perto a pertinência da existência do enfermeiro chefe de equipa, constituindo uma referência para a equipa multiprofissional, dominando não só os aspetos técnico-científicos e humanos, como também da área da gestão de recursos humanos e materiais, gestão de protocolos, bem como nos aspetos burocráticos e de dinâmica administrativa.

Tal foi bastante importante pois permitiu-me desenvolver competências de enfermeiro especialista uma vez que as características e competências do enfermeiro chefe de equipa e especialista são comuns e interligam-se, nomeadamente as que dizem respeito ao domínio da gestão de cuidados (OE, 2010a), e da aprendizagem (DGES, 2013).

O enfermeiro em UCI deve reunir competências técnicas e relacionais, de modo a atuar aliando o conhecimento técnico-científico à humanização e individualização do cuidado (Camelo, 2012). Tendo em conta esta especificidade, Viana, Vargas e Carmagnani (2014) admitem que há um perfil profissional para trabalhar neste contexto.

É conhecido que o enfermeiro iniciado não reúne todas as características necessárias para prestar cuidados num contexto complexo, sendo para isso necessário um processo de integração, considerando a aprendizagem permanente e a complexidade progressiva no processo do cuidar em UCI (Viana et al., 2014). Deste modo, o processo de desenvolvimento de competências foi facilitado pela minha experiência profissional, integrando-me no estadio de proficiente, segundo o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado por Benner (2001). O meu interesse em aprender, tendo estudado diariamente e me apoiado na perícia do enfermeiro orientador também foram facilitadores. Este, segundo Benner (2001), encontrava-se no nível de competências descrito como perito, constituindo-se por ser o quinto e último nível no modelo de desenvolvimento de competências desenvolvido pela autora.

Assim, através do presente percurso e apoio no enfermeiro orientador, capaz de suportar a ação a partir da experiência e da percepção intuitiva, observando a situação no seu todo, vendo o inesperado, com domínio clínico baseado na investigação e *know-how* (Benner, 2001), foi possível avançar no meu nível de competência.

Sendo inexperiente neste contexto de trabalho, com o presente estágio desenvolvi competências no que diz respeito à mobilização do conhecimento teórico à habilidade técnica e relacional, aprimorando-a. Assim foi-me permitido desenvolver competências que respondem às metas dos descritores de Dublin (DGES, 2013), bem como às referentes ao CMEEPSC da ESEL (ESEL, 2010).

Neste contexto aprendi a manipular e utilizar monitores dotados interfaces e *software* complexos que proporcionam a migração de dados para os registos da PSC. Foi-me também possibilitado aprender a manusear e utilizar ventiladores com um sistema avançado de incorporação mecânica com possibilidade conjugada de realizar VMI e ventilação não invasiva (VNI), com monitorização e curvas de pressão, fluxo, volume e curvas de tendência, bem como equipamento para técnicas de substituição renal (TSR).

As TSR foram um excelente exemplo da mobilização de conhecimento teórico e técnico, sendo que de modo a enriquecê-lo e otimizá-lo na prestação de cuidados, tendo em conta a oportunidade de poder colocá-las em prática neste contexto, frequentei um workshop de técnicas de substituição da função renal contínuas no II Congresso da Secção Regional do Sul da OE (anexo II). Este workshop permitiu-me

orientar e consolidar o estudo acerca do cuidado à pessoa submetida a TSR, tendo sido importante para a realização do procedimento. Assim foi possível ter presente a fisiopatologia, os diferentes tipos de técnicas e a que situações se adequam, os tipos e locais dos acessos vasculares, valores de coagulação, anticoagulação adequada, manuseamento do circuito, bem como os problemas que podem ocorrer durante a realização do mesmo, sejam estes técnicos ou intercorrências hemodinâmicas.

Considero que com esta experiência tenha otimizado os momentos de aprendizagem, tendo sido enriquecedor para a minha prática. Tal permitiu o desenvolvimento de competências do domínio da gestão, segurança e melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2010a) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010b), bem como às manifestas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (DGES, 2013).

No final deste percurso de estágio entendo que a tecnologia, que outrora me causava ansiedade, se constitui numa importante ferramenta no cuidado à PSC. Como referem Silva e Ferreira (2011), considero ter atingindo um patamar no qual a tecnologia deixa de ser constrangedora, passando a ser uma aliada utilizada em benefício da PSC e profissional.

Com o domínio da tecnologia, o enfermeiro encontra precisão, rapidez e segurança, identificando, ao interpretar os dados provenientes desta, de maneira célere alterações do ponto de vista hemodinâmico, intervindo eficazmente numa intercorrência (Silva & Ferreira, 2011). Deste modo, a tecnologia permite ao enfermeiro ganhar tempo, aumentando a eficiência do seu trabalho, promovendo a sua autonomia, melhorando a qualidade e segurança nos cuidados e facilitando a tomada de decisão, constituindo-se uma aliada (Silva & Ferreira, 2011).

A UCI e a instituição agregam vários procedimentos internos, estando constantemente a ser auditados, nas várias vertentes. Estas auditorias são realizadas presencialmente avaliando o cumprimento de normas e orientações que dizem respeito à prestação de cuidados, bem como através dos registos informáticos, pelo que foi fundamental consultar e integrar as normas e protocolos existentes, de entre vários, destaco o protocolo do sistema *Space GlucoseControl* (SGC).

O controlo da glicémia é um importante objetivo na PSC, sendo crucial fazê-lo com segurança prevenindo o risco de hipoglicémia. Para tal, foi criado um protocolo de administração de insulina, aliado ao uso da tecnologia de monitorização (Blaha,

Barteczko-Grajek & Berezowicz, 2016). O SGC visa melhorar a segurança e eficiência no controlo da glicémia, contornando as lacunas evidenciadas pelos protocolos em papel existentes nos serviços, cuja clareza é reduzida e aumenta a dificuldade da sua aplicabilidade (Blaha et al., 2016). Assim, aqueles protocolos foram convertidos em algoritmos eletrónicos com capacidade para prever as necessidades de insulina da pessoa, permitindo monitorizar e informatizar essa informação, reduzindo o risco de erro humano (Blaha et al., 2016).

Este sistema consiste em três bombas de infusão (duas para nutrição, uma para a insulina), conectadas para uma estação comum que permite a comunicação de dados entre as bombas e uma interface de utilizador central (Blaha et al., 2016), emitindo alarmes quando é necessário monitorizar a glicémia da PSC ou quando há necessidade de suspender a perfusão de insulina.

Sabendo que a probabilidade de ocorrência de incidentes numa UCI é elevada e está relacionada com vários fatores, tendo em conta a sua complexidade, quer da estrutura e equipamento, dos cuidados e situações, bem como dos protocolos terapêuticos (Fragata, 2011), é necessário adotar uma cultura de segurança que vise a redução dos potenciais erros. Fragata (2011) enuncia algumas estratégias de redução do erro que são praticados na presente UCI, como a dupla verificação (que era realizada aquando da preparação de fármacos com iões), estruturação da medicação e medidas de suporte a análise de eventos, através das autorias internas e externas.

Ao encontro da cultura de segurança que se vive nas instituições, também o presente contexto adota recomendações da *Joint Commission*, visando que os indicadores de segurança sejam sujeitos a processos de auditoria de modo a melhorarem e otimizarem a qualidade dos cuidados prestados (Fragata, 2011).

Com a realização destas práticas é evidente a procura pela melhoria contínua da qualidade, estando esta intimamente ligada à segurança (Fragata, 2011), indo ao encontro do preconizado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes que comprometam a qualidade dos cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro). Segundo o PNSD 2015-2020 os incidentes estão intimamente ligados às falhas e defeitos de organização sendo que para colmatá-los definiu estratégias e planos de ação junto das comissões da qualidade e segurança

dos hospitais. Estas visam atingir nove objetivos, entre os quais aumentar a cultura de segurança, aumentando a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes e a prevenção e controlo de infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro).

Também neste contexto, e em toda a minha prática clínica, a preparação de fármacos tendo em conta os “nove certos” (Sales, Quintão & Teixeira, 2018, pp. 36), bem como a correta identificação do doente, através da pulseira e os dados que nela devem constar, a dupla verificação e preenchimento de instrumento adequado aquando da administração de sangue e hemoderivados, salvaguardando sempre a vigilância de sinais vitais, evitando e antecipando incidentes críticos que possam comprometer a vida e segurança da pessoa.

Destaco também, no âmbito dos protocolos terapêuticos, a existência a aplicação ao longo do estágio do protocolo de monitorização e controlo da glicémia capilar, gestão da dor, colocação de cateter venoso central, colocação de linha arterial, extubação traqueal, entre outros, visando a uniformização dos procedimentos com o fim de melhorar o *outcome* da PSC e minimizar erros ou comprometer a segurança do mesmo. Desta forma, considero que as referidas experiências contribuíram para a aquisição de competências no âmbito da melhoria do cuidado e segurança do doente (OE, 2010a; OE, 2010b).

Neste contexto, a prática de controlo de infeção é exímia, considerando as particularidades e vulnerabilidade da PSC, sendo fundamental o uso de equipamento de proteção individual, atendendo ao isolamento, presuntivo, ou efetivo, por determinado microorganismo multi-resistente, adequando o equipamento ao meio de transmissão. Tão importante como a proteção individual, é o risco de desenvolvimento de infeção associada aos cuidados de saúde. Estas caracterizam-se por serem adquiridas durante o processo de prestação de cuidados numa instituição de saúde, (World Health Organization [WHO], 2002), provocando um grande impacto nos sistemas de saúde em todo o mundo, não só pelo número elevado de pessoas afetadas, mas também pelos custos associados ao consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, aumento do tempo de permanência hospitalar, morbilidade e mortalidade atribuível (WHO, 2011). Por se encontrarem intrinsecamente ligadas ao comportamento dos profissionais de saúde, traduzem uma

profunda frustração e perda de confiança no sistema de saúde e nos seus profissionais (WHO, 2011).

Na presente UCI, os doentes têm unidades individualizadas, existindo dois quartos de isolamento respiratório, o que contribui para a promoção de cuidados de saúde seguros e de qualidade. O facto de estarem implementados protocolos de rastreio de micro-organismos multirresistentes, pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos, faz como que seja evitada a infeção cruzada ao serem implementadas medidas de isolamento presuntivo, quando existe um elevado nível de suspeita de colonização/infeção. Também a existência de uniformes descartáveis para os profissionais de saúde maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, tal como a existência de protocolos de manutenção e troca de dispositivos invasivos, sendo avaliada a necessidade diariamente adequando ao preconizado pelo serviço e grupo, evitando que estes sejam manipulados por rotina.

Todos estes aspetos foram facilitadores da minha aprendizagem e do desenvolvimento de competências, permitindo-me diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, dando respostas de enfermagem apropriadas às complicações. Considero igualmente ter conseguido maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, considerando assim ter adquirido competências do EEEPSC no âmbito da intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2010b) e comuns ao EE, no âmbito da melhoria do cuidado (OE, 2010a).

Tendo em conta que as políticas de saúde pretendem responder às necessidades da população, com o fim de obter ganhos em saúde estando intimamente ligadas à situação socioeconómica e política do país, foi bastante importante inteirar-me e relacionar estes aspetos. Uma vez que no decorrer da nossa prestação de cuidados, ocorrem frequentemente incidentes de segurança, é fundamental conhecer as políticas vigentes, a nível nacional e internacional, que conduzam à diminuição dos fatores que contribuem para esses acontecimentos, de modo a que a intervenção autónoma de enfermagem tenha impacto positivo nos resultados obtidos. Sabendo que os eventos adversos são sensíveis ao cuidado de enfermagem, é importante reconhecer a sua responsabilidade pela melhoria da saúde

e promoção de resultados de qualidade, sendo os *outcomes* de segurança do doente uma componente essencial.

A instituição onde realizei o presente estágio demonstrou ter uma cultura de segurança, além do já explicitado, que vai ao encontro do preconizado pelo PNSD 2015-2020, sugerindo que os doentes e os profissionais sejam agentes e destinatários de mudança, afetados pelo ambiente próprio da mesma, que influencia e deixa influenciar. No PNSD 2015-2020 a “Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, p. 3882-3), pelo que considero o estágio e o presente curso uma mais-valia no desenvolvimento de competências, permitindo-me prestar cuidados de qualidade, regidos por políticas de saúde importantes.

O EEEPSC, sendo um elo no seio da equipa multiprofissional, ocupa uma posição importante na promoção e manutenção da qualidade, possuindo assim competências para colaborar no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde. Tal constituiu um dos impulsionadores fundamentais para a meu ingresso no presente CMEEPSC, possibilitando o desenvolvimento de competências para formar os meus pares. Competências específicas do EEEPSC no âmbito da intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2010b), comuns ao EE no âmbito da melhoria e da gestão dos cuidados, bem como do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a), e das competências inerentes ao CMEEPSC da ESEL no que diz respeito ao maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a PSC (ESEL, 2010).

Neste contexto foi bastante importante a reflexão junto do enfermeiro orientador. Os momentos de reflexão contribuíram em muito para o meu processo de aprendizagem, permitindo-me desenvolver o pensamento crítico e espirítico reflexivo sobre a prática clínica e o meu desenvolvimento profissional e pessoal, melhorando, assim, a qualidade e segurança dos cuidados prestados, como referem Alarcão e Tavares (2007).

Estas reflexões centravam-se em rever a minha atuação face a situações de cuidados complexas, quais os aspetos positivos e negativos, isto é os que seriam uma mais-valia e os em que necessitava de trabalhar, desenvolver e melhorar, tendo sido

o *feedback* sempre muito positivo. Eram refletidas também as decisões tomadas em equipa multidisciplinar, bem como práticas de cuidados instituídas no serviço, como normas e protocolos, debatendo se estas estavam de acordo com as *guidelines* e políticas nacionais e internacionais, bem como quais as principais diferenças nas do serviço onde desempenha funções.

Assim, existiu a aquisição e consolidação de aprendizagens, sabendo que, segundo Pimentel (2007), apropriar os saberes provenientes da experiência implica processos contínuos de ação e reflexão, sendo que a aprendizagem experiencial diz respeito ao aprender com a sua própria experiência, através da reflexão consciente acerca da mesma, devendo ser tido em conta os sentimentos, emoções e intuições.

Esta necessidade foi sentida ao longo do percurso, colocando questões ao enfermeiro orientador e outros elementos da equipa de enfermagem com competências de enfermeiro especialista, bem como da equipa multidisciplinar, que foram conduzindo a momentos de discussão reflexão e partilha bastante ricos na aquisição e desenvolvimento de competências que dão resposta ao CMEEPSC (ESEL, 2010).

Sendo a promoção do sono a temática do projeto de estágio, também por várias vezes refletimos sobre as práticas relacionadas com o mesmo, ora porque era perceptível a diferença na sensibilidade dos profissionais em reduzir os fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, ora porque as famílias e alguns profissionais desligavam as luzes durante o dia, causando impacto no ritmo ciclo-vigília da PSC. Tal como descreve a literatura, os enfermeiros, não possuindo conhecimentos aprofundados sobre a temática, adotam as intervenções que funcionam bem com suas próprias experiências pessoais (Gellerstedt et al., 2015).

Aquando da minha divulgação da temática do presente projeto junto da equipa de enfermagem todos pareceram sensíveis à problemática, dando sugestões para promover o sono, como reduzir o som dos alarmes, a luminosidade e o número de intervenções junto do doente. Referiram ter dúvidas acerca da diferença entre o coma, sedação e sono, e como tal consideravam que os fatores acima mencionados não seriam prejudiciais. Como já foi referido, o sono caracteriza-se por ser um estado consciência particular que surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock & Silva, 2012), sendo que o coma é “um estado de inconsciência profunda, em que o individuo permanece com os olhos fechados, é incapaz de se

comunicar verbalmente, responder a comandos externos ou realizar movimentos intencionados (...), não interagindo com o ambiente externo e apresentando importantes alterações cognitivas e no ciclo vigília/sono” (Cabral et al., 2008, em Monteiro, Oliveira & Pereira, 2013, p. 72). Já a sedação diz respeito à depressão da consciência induzida por fármacos, durante a qual a pessoa não é facilmente despertada, mas responde após estimulação repetida ou dolorosa (American Society of Anesthesiologists, 2014).

Num estudo realizado por Gellerstedt et al. (2015), os enfermeiros relataram que o conhecimento que tinham sobre o sono era relativo à fisiologia e não sobre as intervenções do sono baseadas em evidência, sendo que quando apresentavam dúvidas sobre como deveriam lidar com o padrão do sono alterado nos doentes, procuraram colegas para orientação e aconselhamento.

Revelaram encontrarem-se presos a uma rotina e dinâmica do serviço, considerando pertinente existir um protocolo que os guiasse e chamasse a sua atenção para a mudança de práticas, pois apesar da intenção e sensibilidade demonstradas relataram ser difícil mudar hábitos. Este é um serviço onde não é aplicado nenhum protocolo de promoção de sono, sendo que aquando da realização do projeto de estágio, apesar da pesquisa, não identifiquei nenhuma UCI em Portugal onde fosse aplicado um projeto semelhante. Tal constituiu uma lacuna que procurei colmatar com o desenvolvimento do protocolo QT. Este caracteriza-se por ser um método não invasivo, com uma abordagem simples e sem custos, que pode ser utilizado pelos enfermeiros e restante equipa de maneira a favorecer um ambiente promotor do sono, física e mentalmente, no sentido de melhorar a qualidade do sono da PSC (Borji, Otaghi & Sanei, 2017). No entanto, apesar da sua aplicabilidade e recetividade estudada a nível internacional (Aitken et al., 2017; Elliot et al., 2013), é um problema que permanece por resolver, sendo necessário sensibilizar as equipas de saúde para esta prática.

O protocolo QT é fortemente recomendado em UCI, pelo que foi elaborado com o objetivo de promover o sono da PSC em UCI visando a redução de fatores ambientais, promovendo o conforto da PSC e a uniformização de práticas (Borji et al., 2017; Maidl et al., 2014). A sua construção teve em conta as características individuais da pessoa, o ambiente e a dinâmica da equipa multiprofissional e inclui os contributos

dos enfermeiros durante a sessão de formação, da RIL, outros protocolos existentes na literatura, bem como as características e dinâmica do serviço.

Apesar de não ter aplicado formalmente o protocolo QT, fui implementando ao longo do meu percurso, e durante a prestação de cuidados, ações contidas no mesmo. Assim, de modo a antecipar a gestão das intervenções, foi necessário reconhecer os fatores potencialmente perturbadores do sono, tais como: luminosidade, ruído, condição aguda da doença, dor, utilização de fármacos sedativos e opióides, mediadores inflamatórios, desconforto e ventilação mecânica.

Considerando os aspetos descritos e evidenciados pela equipa de enfermagem do presente contexto, foi evidente a necessidade de realizar uma sessão de informação (apêndice V) com o objetivo de colmatar estas lacunas. Nesta, além da contextualização do problema e clarificação de conceitos, foi apresentada uma escala de avaliação do sono, o RCSQ (anexo II) e foram obtidos contributos para a construção de uma proposta de protocolo QT (apêndice VI).

Com a construção do protocolo QT, a implementação de intervenções e a elaboração da sessão de informação, seguido da sua apresentação, considero ter desenvolvido competências do EEEPSC no âmbito do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (OE, 2010b), comuns ao EE no âmbito da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a), bem como as competências inerentes ao CMEEPSC da ESEL no que diz respeito ao elaborar projetos de investigação coerentes, mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação e demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina (ESEL, 2010).

A sessão informativa foi realizada a dois grupos distintos de enfermeiros, estando presente o enfermeiro chefe e o enfermeiro responsável pela formação, bem como o enfermeiro orientador e a professora. Após a realização da sessão foi fornecida uma grelha para sugestões de intervenções a incluir no protocolo QT e aplicado um questionário de avaliação da mesma (apêndice VII), aos enfermeiros presentes, tendo obtido um *feedback* bastante positivo (apêndice VIII).

No final da sessão informativa, a equipa mencionou ser um tema pertinente e existir a necessidade dos enfermeiros o reconhecerem e desenvolverem como um foco de enfermagem, de modo a prestarem cuidados de enfermagem de maior

qualidade, com o fim de aumentarem o *outcome* da PSC, o que também é evidenciado por Gellerstedt et al. (2015).

Durante a avaliação da sessão, a equipa e chefia demonstraram interesse em dar continuidade ao projeto, destacando-se alguns elementos com vontade de dinamizar o plano e cruzar com projetos equacionados para a unidade, como o da diminuição do ruído. Como tal, foi acordado que após a publicação do presente relatório voltaria a contactar a chefia com o objetivo de dar seguimento ao mesmo, contemplando a entrega da versão final do protocolo QT.

Aquando da discussão gerada durante a avaliação da sessão, da aplicabilidade do protocolo QT e da escala de avaliação do sono, foram delineadas estratégias de modo a rentabilizar e gerir os recursos existentes na instituição, como pedir que sejam fornecidos protetores auriculares de som já existentes no serviço de imagiologia.

Como fator constrangedor considero o facto da dinâmica do serviço, com uma grande mobilidade e transferência de doentes, ser limitadora quanto às oportunidades de realizar sessões de informação, não pela disponibilidade e interesse dos profissionais, mas pelas limitações de tempo, que se traduziram na tardia apresentação do protocolo QT e consequente aplicação formal.

De modo a diminuir a influência destes fatores, e não podendo utilizar o RCSQ pois só obtive autorização da autora na véspera da realização da sessão informativa, utilizei outras escalas aplicadas no serviço, como a *Behavioural Pain Scale* e a *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* para avaliar a dor. O ruído era minimizado durante o turno da noite, sendo que era notória a diferença de comportamento entre os enfermeiros, encontrando-se os enfermeiros que constituíam a equipa onde me encontrava inserida, mais despertos para a sua redução, bem como para a redução da luminosidade. Deparei-me com o facto de vários colegas e alguns familiares reduzirem a luminosidade da unidade durante o dia, com o intuito de promover o repouso durante a tarde, pelo que foi necessário intervir explicitando a pertinência de manter o ritmo circadiano.

Aquando da realização dos planos de cuidados e após elaborar os diagnósticos com recurso à taxonomia NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2015), como padrão de sono prejudicado, privação do sono e/ou insónia, foi possível aplicar intervenções promotoras do sono visando alcançar os três níveis de conforto defendidos por Kolcaba (2003) como o alívio, a tranquilidade e a transcendência.

De modo a controlar a dor, eram alternados decúbitos e geridas as intervenções junto da PSC e familiares, planeando-as de modo a minimizá-las e/ou diminuir a sua duração. Foi promovido um período de visitas sem perturbação dos profissionais, de modo a otimizá-lo uma vez que o curto tempo para receber familiares e amigos é sentido com tristeza pela pessoa e é gerador de ansiedade. Durante este período era igualmente gerida a ansiedade relacionada com o prognóstico clínico e preocupações relativamente à sua condição pós-internamento. Apesar de alguns profissionais já terem este cuidado anteriormente, procurei uniformizar a prática junto de todos, sensibilizando-os e elucidando acerca das suas vantagens.

Os níveis de iluminação foram otimizados, fornecendo e/ou simulando a luz natural no período diurno promovendo o ciclo circadiano, de modo a contribuir para a perceção de calma e segurança, tal como descrito por Engwall et al. (2015) e Karadag et al. (2017). Para isso foi bastante importante as unidades apresentarem janelas promovendo a entrada de luz natural. No período noturno foram diminuídos o ruído e a luminosidade, bem como o número de intervenções junto da PSC.

Intervenções como musicoterapia, aromaterapia, uso de máscaras oculares e tampões de ouvidos/protetores auriculares do som, não foram possíveis de aplicar. Tal deveu-se ao facto da sugestão de protocolo QT ter sido apresentado no final do estágio. Percebendo que os protetores auriculares podem ser obtidos na instituição, a musicoterapia, aromaterapia e o uso de máscaras oculares podem, numa primeira fase, ser solicitados à família.

Neste contexto foi também importante discutir e refletir sobre aspetos emocionais e relacionados com o meu desenvolvimento pessoal, como vivenciar a morte, a perda e o luto em UCI. Existe neste contexto um complexo avanço tecnológico onde a capacidade para salvar vidas constituiu o engrandecer e compensador profissionalismo associado a esta área (Alves, 2015), no entanto a morte permanece comum (Cook & Rocker, 2014). Tendo em conta estes aspetos, a morte foi vivida de maneira diferente da que encaro no serviço onde presto cuidados, onde, comumente, cedo é definida ordem de não reanimação e rapidamente se instituem medidas terapêuticas de conforto, suspendendo as invasivas.

Habitualmente na minha prática de cuidados é mais claro prever a morte e o processo de morrer, tendo em conta a pessoa, patologia, comorbilidades e contexto, sendo mais longa a preparação e gestão para lidar com a mesma. Assim, é facilitadora

a gestão da perda junto dos familiares, o que nem sempre acontece em UCI. Neste contexto os principais objetivos passam por reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas a doenças graves, manter a função dos órgãos e restaurar a saúde (Cook & Rocker, 2014), constituindo-se ainda assim a morte e o fim de vida uma realidade. Quando todas as medidas possíveis foram implementadas e a possibilidade de sobrevivência se torna inexistente é importante aliviar o sofrimento da PSC e preparar a família (Wada, Cherit & Vásquez, 2015). Como tal é fundamental guiar as ações com base nos princípios da bioética e da dignidade humana, qualidade de vida, autonomia, vulnerabilidade, justiça, beneficência e não-maleficência (Silva, 2013), mantendo presente que segundo Kolcaba, o conforto constitui a “principal finalidade dos cuidados de enfermagem, podendo configurar um fim pretendido, que se sobrepõe a outros cuidados mais terapêuticos” (Deodato, 2010, p. 75 em Silva, 2013).

Vivi neste contexto dois processos de morrer, um onde foram retirados progressivamente os dispositivos e tecnologia que mantinham a pessoa viva e outro onde após vários ciclos de SAV sem sucesso se decidiu cessar manobras. Em ambos senti angústia e tristeza, pois a minha ideia de UCI sempre teve associada a esperança na sobrevivência, no entanto percebi que tal como em todos os contextos, os cuidados devem ser sensíveis ao conforto e bem-estar no fim de vida. Devendo, de acordo com Alves (2015, p. 34), “integrar o controlo adequado da dor e sintomas, evitar o prolongamento inapropriado no processo de morrer, alcançar um sentido de paz espiritual, aliviar a angústia e por fim, atribuindo-lhe igual importância o fortalecimento do relacionamento com os seus entes queridos”.

Em ambos os casos foi possibilitada, após comunicação da má notícia pelo médico responsável em sala própria, a visita dos familiares para se despedirem do ente querido. Senti que em ambas as famílias existia a sensação de dor e perda extrema, indiciando que não seria o expectável, pelo que emocionalmente também me foi difícil gerir. Tal aconteceu por não me encontrar preparada pois não tendo sido abordada essa questão com a família não foi possível mostrar disponibilidade para escutar a manifestação dos seus medos, angustias e fragilidades (Saraiva & Martinho, 2011).

Sinto que estas experiências representaram um desafio acrescido na aquisição de competências uma vez que como estudante num contexto novo e exigente, tive que trabalhar o autocontrolo e a gestão das emoções para melhor conseguir ajudar a

PSC e a sua família, deparando-me em particular com a tenuidade em entre a vida e morte, como descrito anteriormente.

Tendo sido a família alvo dos meus cuidados, foi premente gerir a comunicação com a mesma. Os cuidados que prestei a estas pessoas mostraram-me que o experienciar de uma situação limite, associada ao risco de vida, é vivida de forma única pelo doente e família, sendo que o doente inconsciente muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação, e a família, por outro lado, “vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu ente querido” (Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015, p. 33). Os familiares encontram-se, assim, em situação de grande angústia e ansiedade pelo que o enfermeiro especialista deve intervir junto destes, tranquilizando-os e fornecendo informação, periodicamente e de forma fracionada adequando à capacidade de integração da mesma, de modo a que seja perceptível a evolução da pessoa, o plano terapêutico e estabeleçam e fortaleçam laços de confiança com a equipa de cuidados.

Ergue-se, assim, a necessidade dos enfermeiros refletirem sobre a morte e final de vida, de modo a que os cuidados sejam prestados com maior qualidade (Souza, Ribeiro & Rosa, 2013). Considero, deste modo, ter desenvolvido competências do EEEPSC no âmbito do assistir a pessoa e família na perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde a e/ou falência orgânica (OE, 2010b), comuns ao EE no âmbito da melhoria contínua da qualidade e domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010a).

Sabendo que os cuidados à PSC se pretendem altamente qualificados, prestados de uma forma contínua de modo a manter as funções vitais, antecipando a deteção precoce de complicações e certificando uma intervenção precisa e atempada, foi fundamental desenvolver e aprofundar conhecimentos. Estes tiveram em conta as patologias que frequentemente acometem a PSC ao presente contexto, sendo estas: choque (séptico e hemorrágico), paragem cardio-respiratória, pneumonia, hemorragia digestiva alta, *status* pós intoxicação medicamentosa e *status* pós cirurgia. Sendo que cuidar de pessoas com problemas do âmbito cirúrgico foi um desafio.

Este desafio exigiu bastante estudo e discussão, junto dos enfermeiros especialistas, sobre drenos, feridas cirúrgicas e as diferentes abordagens, técnicas, procedimentos e cuidados específicos a ter em consideração, salvaguardando sempre

a gestão do risco associado e a vigilância. Tendo em conta que o meu percurso profissional tem sido na área das especialidades médicas, foi enriquecedor ter experiências no âmbito da cirurgia, permitindo que desenvolvesse aptidões na área. Deste modo, considero ter desenvolvido competências comuns do EE, nomeadamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como no que concerne ao basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010a).

Foi neste contexto que tive contacto com o Programa *Enhanced Recovery After Surgery* [ERAS], uma vez que a instituição recebeu certificação internacional como Centro de Excelência do programa sendo o único hospital em Portugal com esse reconhecimento. O ERAS é um programa clínico inovador que tem como objetivo a adoção das melhores práticas nos cuidados de saúde prestados a indivíduos submetidos a cirurgia, de modo a maximizar os resultados positivos destas cirurgias, a recuperação e a reabilitação do doente. Assim, quando o doente era identificado como incluído no programa, era iniciado um protocolo onde são seguidos à risca os procedimentos a ter nos 4 a 5 dias seguintes à cirurgia, sem que nenhum item fosse negligenciado podendo comprometer a recuperação da pessoa e o sucesso do programa, inviabilizando-o. Neste são bastante importantes os registos de enfermagem com as intervenções e resultados obtidos, evidenciado o cumprimento do protocolo.

A implementação do protocolo ERAS representa uma significativa mudança na prática e um aumento potencial na utilização de recursos, sendo um dos principais benefícios o baixo custo, internamentos curtos e a alta precoce para a comunidade (Soeters, 2017).

Foi bastante importante e enriquecedor ter participado e contribuído para um programa com um protocolo complexo, através da execução de intervenções, elaboração de registos e contacto pessoal com a responsável pelo mesmo na instituição. Tal contribuiu para o desenvolvimento de competências do EEEPSC, no que diz respeito ao gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010b), bem como das competências comuns do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2010a); às competências englobadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (DGES, 2013) e às referentes ao CMEEPSC da ESEL (ESEL, 2010).

Também durante o estágio realizei o processo de enfermagem relativamente à PSC e à sua família/pessoa significativa, sendo que aquando da sua realização, elaborei um plano de cuidados escrito, onde procurei evidenciar o processo de pensamento e planeamento da ação/intervenções, que se traduziram num estudo de caso.

O estudo de caso foi elaborado acerca de uma PSC com o diagnóstico de Miastenia Gravis, e prendeu-se com a recolha de informações pertinentes acerca da pessoa, com o fim de aprofundar conhecimentos sobre a mesma, através da entrevista e do exame físico. Este teve o intuito de adaptar e ajustar da melhor forma, a individualização dos planos de cuidados e consequente prestação de cuidados, ressalvado que a pessoa deve ser vista com um todo, em constante relação e interação com o meio envolvente, nas suas distintas dimensões, em que o cuidado deve ser centrado.

Para tal, foram implementadas as etapas do processo de enfermagem, sendo que a colheita de dados foi realizada com base na teoria do conforto de Kolcaba e os diagnósticos de enfermagem elaborados segundo a taxonomia NANDA, de entre os quais saliento o conforto prejudicado e o padrão de sono prejudicado.

A elaboração do estudo de caso permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a patologia da PSC e das suas necessidades, assim como as da sua família, proporcionando-me recursos e estratégias para solucionar os problemas identificados, individualizando a prestação de cuidados. Segundo Figueiredo, Damascena e Oliveira (2008), este tipo de trabalho constitui um método bastante eficaz no ensino como instrumento facilitador da aprendizagem e contribui para a formação em enfermagem, podendo ser utilizado como referência futura, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Também neste contexto tive a oportunidade de acompanhar a equipa de EEMI que é constituída por um médico e um enfermeiro da UCI e um médico anestesiológista do bloco operatório. Quando existe a ativação da equipa é necessário deslocarmo-nos ao serviço que solicita ajuda, acompanhados de uma mala de transporte com material para SAV, com o intuito de recuperarmos e estabilizarmos a PSC e transferirmos para a UCI para manutenção e vigilância do seu estado hemodinâmico. À chegada ao serviço, ouvi a história da PSC e fiquei posicionada num local onde conseguisse intervir. Deste modo, ajudei a monitorizar a PSC, bem como

a adaptá-la ao ventilador de transporte, que por já ter realizado alguns transportes intra-hospitalares de doente crítico, já o dominava. Esta oportunidade promoveu a mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências na abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e trabalho em equipa. Foi também promotora de reflexão crítica acerca do procedimento e atitudes tidas durante o episódio, tendo sido alvo de um jornal de aprendizagem. Esta experiência foi vivida com emoção por estar no lado da EEMI, ao invés do lado de quem ativa, o que acontece com alguma frequência no meu contexto de atividade profissional, uma vez que trabalho num serviço de medicina interna, onde muitas vezes tenho que utilizar esta equipa como recurso.

Com esta situação de cuidados foi possível experienciar um conjunto de aptidões, atividades e procedimentos que ainda não havia vivido pelo que foi enriquecedor para o processo de desenvolvimento de competências do EEEPSC no âmbito do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (OE, 2010b) e comuns ao EE no âmbito da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a), bem como as competências inerentes ao CMEEPSC da ESEL (ESEL, 2010).

Sendo os jornais de aprendizagem um produto da reflexão acerca da prática, importa referir que o trabalho de reflexão sobre as práticas é um trabalho contínuo, tornando-se fundamental e um processo de grande importância para a profissão (Apostolidou & Schweitzer, 2017; West, 2010). Daí a importância para o nosso quotidiano, tendo em conta que esta deve ocorrer dentro de um ambiente seguro e confiável que visa ajudar os profissionais a refletir sobre a sua prática (Gazzola, Stefano & Thériault, 2013).

O jornal de aprendizagem constitui uma ferramenta determinante para a aprendizagem, uma vez que consiste na reflexão e na análise de situações de cuidados vivenciadas no contexto clínico, orientando não só a nível pedagógico, como também permite identificar os processos contributivos para o desenvolvimento pessoal e profissional. Possibilita, assim, que reavaliemos as nossas intervenções de modo a percebermos o impacto que as ações e atitudes têm na pessoa cuidada e em nós próprios, concebendo significados e aprendizagens significativas, através da interação dos novos conhecimentos com as ideias preexistentes, para as situações reais com as quais nos deparamos na prática clínica.

A pessoa alvo dos cuidados neste contexto caracteriza-se pela sua particularidade, uma vez que a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidas. Este compromisso pode ter na sua génese vários fatores, como a “dificuldade ou incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não-verbal, quer seja por necessidade de ser submetida a ventilação mecânica invasiva, razão pela qual não consegue emitir sons devido à presença de um tubo endotraqueal ou ainda por estados de consciência alterados, geralmente, provocados pela sedação a que são sujeitos” (Alves, 2014, p. 17).

Durante a prestação de cuidados tive e tenho sempre em conta o contato visual e o diálogo, explicando sempre à pessoa que cuidados iria prestar e que intervenções realizar, quer esta se encontrasse vígil ou não. Também o toque e os aspetos que dizem respeito ao conforto, privacidade e ambiente envolvente foram sempre tidos em conta. Sempre que possível diminuí o tempo de exposição do corpo aquando da realização de técnicas e procedimentos, monitorização, observação física e cuidados de higiene e conforto, informando e justificando a necessidade de expor o corpo. Deste modo, foi fundamental criar estratégias de comunicação, constituindo-se para Camelo (2012) um instrumento essencial na melhoria, qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem. Vieira (2014) enumera entre as várias estratégias de comunicação com a PSC, o contato visual, o toque, a escuta ativa, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a confiança, o acolhimento e o conforto. Assim, diminuindo a ansiedade destes doentes, também o padrão do sono é otimizado, promovendo a sua qualidade (Uğraş & Oztekin, 2007)

Tal como vem explicitado no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 86.º, do respeito pela intimidade, atendendo aos sentimentos de pudor inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da intromissão na sua vida privada e na da sua família, bem como salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Deste modo, considero ter respeitado a intimidade da pessoa, assegurando o seu conforto, gerindo os cuidados com o objetivo de minimizar os fatores constrangedores ao bem-estar, tal como minimizar o período de exposição do corpo, controlar a temperatura do ambiente, recorrer à utilização de almofadas como estratégias adaptativas, controlar a dor, bem como estabelecer uma comunicação

eficaz, nunca descurando a possibilidade da PSC se encontrar em estádios diferentes de consciência e/ou de sedação. Desenvolvi assim, competências comuns ao EE no âmbito da melhoria contínua da qualidade e domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010a).

As experiências vividas neste contexto foram fundamentais para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me ampliar o meu papel, tendo realizado funções continuamente mais diversificadas, diferenciadas e de maior responsabilidade. Deste modo, foi-me possível atingir os objetivos geral e específicos (apêndice II) determinados para este contexto, constituindo a presente UCI um serviço promotor da aprendizagem e desenvolvimento académico e profissional.

2.2. Serviço de urgência geral

Para realizar estágio num SUG, escolhi um hospital central que, de alguma forma estabelece-se comunicação com o hospital onde exerço funções, de modo a melhor perceber o circuito realizado por muitos doentes que cuido no meu dia-a-dia. O hospital eleito contempla um serviço de urgência polivalente, com especialidade de neurocirurgia e unidade de cardiologia de intervenção.

Além do ambulatório, que compreende a reanimação, a triagem, salas de atendimento médico, cirúrgico e de outras especialidades, também contempla internamento, como a unidade de internamento médico-cirúrgico (UIMC) e a unidade de internamento de curta duração (UMICD).

Este contexto corresponde ao segundo momento do estágio, que decorreu entre os dias 3 de Janeiro e 6 de Fevereiro de 2018, sendo que para este foram estabelecidos objetivos geral e específicos, para a concretização dos quais foram delineadas atividades (apêndice III).

A estrutura orgânica e funcional do serviço foi-me sendo apresentada pela enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa, tendo sido apreendidos em vários turnos entre a primeira e segunda semana de estágio, uma vez que o SUG é um serviço que estabelece ligação com vários outros, como o serviço de imagiologia, hemodinâmica, UCI, Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos (UCDI), neurologia (via verde Acidente Vascular Cerebral [AVC]), neurocirurgia, bloco operatório, laboratório de análises, bem como outros hospitais.

Após o exigente primeiro estágio, onde foi necessário mobilizar diversos conhecimentos, requerendo várias horas de estudo, para o estágio no SUG não me senti menos apreensiva pois a dinâmica do contexto seria muito diferente. Se anteriormente prestei cuidados à PSC munida de conhecimentos acerca da mesma, conseguindo relacionar as patologias com a clínica do doente, no SUG, em particular na sala de reanimação (SR) onde realizei 90% do estágio, são prestados cuidados com muito pouca informação acerca da pessoa.

O contexto de urgência requer rapidez, perspicácia e eficiência extrema face ao facto das pessoas que entram na SR, estarem em risco iminente de vida, onde o conhecimento e informação que temos da pessoa é escasso, o tempo é reduzido e a atuação deve ser centrada na pessoa. Este cuidado centrado na pessoa deve contemplar igualmente a vertente tecnológica associada ao suporte de funções vitais, sendo fundamental a comunicação com a equipa multiprofissional e com a PSC.

Deste modo, prestei cuidados à PSC comunicando com a mesma e fazendo por tranquilizá-la, explicando tudo o que se encontrava a acontecer em seu redor e consigo, não só para minimizar a ansiedade como também com o intuito de obter a colaboração e controlar alterações decorrentes da sua ansiedade e angústia.

A comunicação eficaz promove a humanização dos cuidados, pelo que foi de extrema importância durante a prestação de cuidados, e a par da estabilização da PSC, garantir que a pessoa fosse sendo informada acerca da situação de cuidados, abordagem e tratamento, nunca descurando as suas crenças, valores e auto determinação, como defendido por Pott, Stahlhoefer & Felix (2013).

A comunicação é igualmente importante quando os familiares estão presentes pois estes vivem igualmente momentos de angústia, sendo competência do enfermeiro especialista garantir que a comunicação é eficaz e adequada, assistindo a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com esta, estabelecendo e fortalecendo laços de confiança.

Para tal foi necessário mobilizar e demonstrar conhecimentos em técnicas de comunicação, adequando sempre a linguagem à situação, clarificando e esclarecendo que a informação estaria a ser assimilada sendo assim respeitado o artigo 84º do código deontológico dos enfermeiros, do dever de informação. O enfermeiro deve assim assumir o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados

de enfermagem, respeitando e defendendo o direito ao consentimento informado, com a responsabilidade e cuidado de responder aos pedidos de informação no âmbito da enfermagem (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Sempre que era estabilizada a PSC que entrava na SR, tinha o cuidado de me certificar que os familiares obteriam informações sobre a mesma, que muitas vezes era realizada a par com a equipa médica, ficando a meu cargo escutar e esclarecer dúvidas do âmbito do percurso seguinte e recursos disponíveis.

Durante uma dessas situações, vivi a experiência com maior impacto emocional no decorrer deste percurso. O caso remete para a dificuldade da esposa em aceitar a perda e morte de um senhor que entrara na SR, no início da noite, com um AVC hemorrágico. Após cerca de 30 minutos na SR, o doente é definido como tendo um prognóstico reservado e poucas horas de vida, tendo sido comunicado, pelo médico, à esposa que o doente iria para a UIMC até cessar todas as funções vitais.

Poucos minutos após este contacto a esposa dirige-se a mim questionando onde poderia pedir um táxi para ambos, pelo que estupefacta perguntei-lhe se o médico lhe havia dado informações, ao que a mesma me responde que sim e que desejava um táxi para quando o esposo tivesse alta. Procurei saber junto da equipa médica o que havia sido comunicado e havia sido dada a notícia acerca da gravidade da situação do esposo, tendo a mesma reforçado mais uma vez a informação sem sucesso. Deste modo, pedi ajuda junto da minha enfermeira orientadora e ambas tentámos esclarecer a senhora solicitando que esta contactasse um familiar ou amigo para a acompanhar até ao hospital. O casal não tinha filhos nem familiares diretos, tendo-se tentado estabelecer contacto com amigos sem sucesso. Assim, e porque não reunia mais recursos, acomodei-a numa cadeira junto à sala de tratamentos onde realizei turno nessa noite e frequentemente lhe ia oferecer chá, apoio e esclarecimentos, esperando que no turno da manhã existisse resolução social e apoio psicológico para a mesma. Sai às 8h com um aperto no peito e esperança que a manhã trouxesse maior clarividência, conforto e paz a esta senhora.

Assim, considero ter desenvolvido competências específicas do EEEPSC no domínio do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (OE, 2010b), bem como as comuns ao EE no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

A enfermagem inclui a avaliação intencional das necessidades de conforto, sendo que esta pode ser objetiva, como a observação da cicatrização de feridas, ou subjetiva, sendo questionado à PSC se esta se sente confortável (Kolcaba, 2003). Sousa e Veludo (2019), aquando da realização de uma revisão da literatura, identificou que os indicadores clínicos de conforto comprometido relacionam-se com a angústia, anorexia, disfagia, dor, dispneia, náuseas, ruído, luz excessiva, privação do sono, sede, fome, limitação do movimento devido à monitorização e administração de terapêutica, falta de privacidade, ansiedade, isolamento e falta de informação.

Estando muitos destes fatores presentes no contexto urgência/emergência, visei diminuí-los e contorná-los, conhecendo que segundo Hawley (2000), a pessoa alvo dos cuidados em SUG, descreve como estratégias promotoras do conforto, a vertente técnica imediata e competente, o diálogo, frases positivas, vigilância, atenção aos desconfortos físicos, inclusão e atendimento à família.

Apesar da ansiedade e stress vividos neste contexto primei sempre por ser empática com os doentes e familiares, esclarecendo as suas dúvidas, encaminhando para o gabinete de informação e acompanhamento sempre que necessário, minimizando a ansiedade e reforçando os laços de confiança. Procurei e fiz por promover o conforto garantido que os doentes mais dependentes eram mobilizados quando necessário, apesar das limitações oferecidas pelas macas e dos escassos recursos humanos e materiais, como a falta de almofadas.

Não obstante a emergência dos cuidados, estes foram sempre suportados num conjunto de princípios, valores e normas deontológicas, tendo em conta o artigo 86º do código deontológico dos enfermeiros que diz respeito à intimidade e ao dever do enfermeiro de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la, salvaguardando sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Assim, fiz por assegurar a intimidade e conforto da PSC, minimizando o período de exposição da mesma, aquando da realização de técnicas invasivas, procedimentos, monitorização de sinais vitais e exame físico objetivo. Deste modo, considero ter desenvolvido competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no que concerne a promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, comuns ao EE (OE, 2010a).

Mais uma vez, não só o material era diferente do que utilizo no meu contexto de trabalho e do que utilizei no contexto de estágio anterior, como dentro do mesmo serviço possuem monitores, ventiladores e seringas infusoras diferentes e consequentemente modos de utilização diferentes, tendo sido demorado o contacto com todo o material existente. O domínio dos recursos materiais traduz-se num instrumento de gestão, constituindo-se uma ferramenta para tomadas de decisão e liderança, potencializado o processo de trabalho do enfermeiro (Garcia, Haddad & Vannuchi, 2013).

Também a adaptação ao sistema informático teve que ser realizada, tendo sido um aspeto facilitador o facto de este ser simples e intuitivo. Da mesma maneira, foi necessário integrar-me do método de separação dos lixos, que tenho verificado ser diferente nas várias instituições por onde tenho passado, de modo a que o serviço não sofresse penalizações ou sanções por uma diferente conduta. Assim, considero ter desenvolvido competências comuns ao EE do domínio da melhoria da qualidade (OE, 2010a).

À semelhança do que foi descrito sobre o percurso de desenvolvimento de competências em contexto de UCI, neste foi igualmente importante consultar normas e protocolos existentes bem como projetos em desenvolvimento, visando a promoção de uma cultura de segurança na prestação de cuidados, tendo em conta as políticas de saúde vigentes. Deste modo, destaco a relevância de saber como identificar e protocolar a colheita de espécimes para pesquisa do vírus influenza H1N1 e H2N2, que tem afetado a população, causando infeções respiratórias graves e potencialmente fatais, bem como vários outros procedimentos como: protocolar sangue para tipagem, administração de sangue e hemoderivados, protocolo de colheita de córneas em dador de coração parado, via verde AVC, via verde sépsis e via verde coronária.

Neste contexto foi-me permitido gerir protocolos complexos, indo ao encontro do desenvolvimento de competências preconizado para o CMEEPSC (ESEL, 2010), como a administração de fármacos fibrinolíticos, como o alteplase, em via verde AVC. Este tem a função de promover a reperfusão cerebral e carece de um complexo esquema de perfusão endovenosa (INEM, 2011). Este tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, aumentando as hipóteses de melhor prognóstico, e

requer uma tomografia computadorizada crânio-encefálica antes e após a trombólise (Saraiva, 2011).

Tendo em conta os seus riscos e a relação tempo de atuação e eficácia (Miller et al., 2011), foi de extrema importância estar inteirada do protocolo, garantido o melhor *outcome* para a PSC, prevenindo complicações como a hemorragia e implementando respostas de enfermagem adequadas aos problemas identificados.

No AVC isquémico o procedimento de eleição é a terapêutica endovascular, uma vez que aumenta a taxa de reperfusão, apresenta menor risco de hemorragia e complicações, caracterizando-se por ser o procedimento que obtém os melhores resultados para o doente (Muruet, Rudd & Wolfe, 2018). Deste modo, numa situação de cuidados onde a escolha no tratamento foi a trombectomia, foi necessário transferir a PSC para outro hospital, uma vez que dada a sua complexidade técnica, este procedimento teria que ser realizado numa unidade de saúde com neurorradiologia de intervenção, neurologista, médico neurorradiologista, anestesiolologista e enfermeiros com treino específico (DGS, 2017), o que não foi possível na presente instituição.

Deste modo foi-me possível realizar o transporte secundário da PSC, constituindo uma mais-valia no desenvolvimento de competências, onde tive que garantir as condições de segurança, o nível adequado de cuidados clínicos, rapidez e eficiência nos procedimentos, sendo que a doente encontrava-se a realizar trombólise em perfusão, o que acresceu a sua complexidade e riscos (DGS, 2017).

As experiências anteriores em transporte de PSC, ainda que tenham sido dentro da instituição, permitiram com que desenvolvesse competências nesta área, conseguindo mobilizá-las para este contexto, carecendo de particularidades que dizem respeito ao meio de transporte, recursos humanos e materiais. Tendo em conta as recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) para o transporte da PSC, foi premente garantir que esta se encontrasse estabilizada, havendo necessidade de fazer terapêutica fibrinolítica durante o transporte. Para tal foi fundamental o cuidado acrescido com os acessos venosos e vigilância de sinais de discrasia hemorrágica, assegurando particular cuidado na mobilização e segurança da PSC.

Assim, considero que esta experiência contribuiu em muito para o desenvolvimento das competências específicas do EEEPSC, no que diz respeito à

gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010b) e comuns ao EE no que diz respeito à gestão dos cuidados (OE, 2010a).

O contexto de urgência é bastante particular, uma vez que é frequentemente acometido por situações de emergência, onde os profissionais são obrigados a trabalhar em equipa, tornando-se impossível que estes trabalhem de maneira isolada. Tal deve-se ao facto de existir uma grande complexidade nas situações de cuidados, volume de tarefas elevado, rácios inadequados e elevado desenvolvimento tecnológico.

A equipa de enfermagem no SUG revela-se heterogénea, na medida em que por vezes existem elementos com maior formação em determinada área, devido não só ao seu investimento pessoal como às suas funções, experiência profissional e tempo de serviço. Assim, face às exigências da PSC é elementar a realização de um trabalho harmonioso, sincronizado e a existência de uma infraestrutura adequada, pois a atuação da equipa é necessária para se atingir a recuperação do doente (Lucas, 2017).

Deste modo, para que este estágio tivesse sucesso foi de extrema importância estabelecer uma boa relação com a equipa multiprofissional, pelo que demonstrei sempre disponibilidade e vontade para escutar, aprender e desenvolver competências. Com isto rapidamente me integrei na equipa na equipa multiprofissional, conhecendo a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e método de distribuição de trabalho.

Neste contexto é vasto o número de situações de aprendizagem, sempre com características diferentes mesmo que correspondam a situações de cuidados da mesma etiologia, tendo tido oportunidade de cuidar de doentes com diversos focos de instabilidade. Assim, dos mais frequentes destaco: o enfarte agudo do miocárdio, AVC isquémico e hemorrágico, politraumatizados, intoxicações medicamentosas, choque séptico, edema agudo do pulmão e arritmias cardíacas, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados a uma vítima de trauma por arma de fogo. Tal permitiu que desenvolve-se competências específicas do EEEPSC no domínio do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2010b).

Tive, pela primeira vez, contacto com a triagem de doentes, constituindo assim um importante momento de aprendizagem. O método utilizado é o da triagem de Manchester, que fornece ao enfermeiro uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não um diagnóstico, sendo que a avaliação clínica tem por base a queixa apresentada (Santos, Freitas & Martins, 2013). Após a escolha do fluxograma de apresentação, é realizada a recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade clínica (Santos *et al.*, 2013).

Por ser um processo complexo, requerendo competências na avaliação realizada e conhecimento do algoritmo, é necessária formação específica por parte dos enfermeiros, seguida de um período de integração. Este tipo de protocolo garante cuidados mais adequados e de maior qualidade uma vez que permite a uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares, representando um instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes nos SU (Despacho n. 19 124/2005).

Relacionado com a triagem, existe um Grupo de Resolução de *High Users*, em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde, projeto que visa contribuir para uma redução das idas ao SU destes utilizadores, maximizando ganhos em saúde. Este promove a gestão integrada da doença, potencia uma adequada e eficaz articulação e integração das diferentes estruturas prestadoras de cuidados, possibilita atitudes preventivas e procura melhorar a capacidade e qualidade de resposta do SU aos doentes urgentes ou emergentes (Afonso, 2017). O presente protocolo permite assim a definição de estratégias para o desenvolvimento de respostas seguras e com qualidade que constituam alternativas a essa utilização (Afonso, 2017).

A minha perspetiva foi somente no ponto de vista do observador, tendo em conta a formação específica que é requerida para prestar cuidados neste posto de trabalho, ainda assim considero ter sido uma mais-valia no desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens e melhoria da qualidade (OE, 2010a).

No artigo 80º do código deontológico do enfermeiro, do dever para com a comunidade, o enfermeiro assume participar na orientação da comunidade na procura de soluções para os problemas de saúde detetados, colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Deste modo, foi enriquecedor colaborar num programa

de melhoria contínua da qualidade, sendo que a comunidade é alvo dos cuidados, designando-se por saúde o bom funcionamento da mesma (Kolcaba 2003; Lima, Guedes & Silva, 2016).

A SR é o local onde são recebidos os doentes com risco eminente de falência de uma ou mais função orgânica, potencialmente fatal. Estes podem ser trazidos pelo pré-hospitalar, podem ser oriundos da triagem após a avaliação do enfermeiro, ou de qualquer local da área de ambulatório em que seja detetada degradação hemodinâmica. Assim, o primeiro profissional a chegar ao local toca a campainha da sala de modo a sinalizar que se encontram lá uma ou mais PSC, deslocando-se elementos da equipa médica e de enfermagem, previamente escalados. Nesta, a avaliação inicial da PSC é realizada de acordo com o algoritmo ABCDE tal como preconizado pelas orientações do European Resuscitation Council (Nolan, Soar & Zidek, 2010), e explicitado nos registos de enfermagem da mesma maneira, permitindo a sistematização, priorização e resolução do problema.

A abordagem ABCDE é uma ferramenta clínica consistente para a avaliação inicial e tratamento de PSC, estando incluído no tratamento pré-hospitalar e intra-hospitalar, ajudando a determinar a gravidade da situação e a priorizar as intervenções (Thim, Krarup & Grove, 2012). Para mim esta metodologia foi facilitadora por já ter tido experiência com este algoritmo durante a realização do curso de SAVT, o que constituiu ser uma mais-valia.

Assim, na abordagem primária são eliminados os fatores potencialmente fatais, sendo que na avaliação secundária é realizada colheita de dados de saúde, como antecedentes, alergias, hábitos e uso de medicamentos. Tal como descrito por Thim et al. (2012), a utilização deste algoritmo permite melhorar o trabalho de equipa melhorando o *outcome* do doente, constituindo-se assim um contributo fulcral para o desenvolvimento de competências que dizem respeito ao vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, na medida em que promove a identificação e resposta rápida e antecipatória de focos de instabilidade.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é fundamental manter um ambiente terapêutico seguro, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, considerando o risco de infeção. Este risco é acrescido face ao contexto, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas

invasivas, sejam para diagnóstico e terapêutica ou para a manutenção de vida da PSC (Silva, 2003). Deste modo, torna-se premente a prevenção e controlo de infeção.

Na SR este aspeto torna-se bastante importante, uma vez que no imediato não possuímos toda a informação necessária sobre a pessoa, sem que conheçamos os seus antecedentes de saúde, contexto em que viviam e/ou do qual provêm, bem como desconhecemos muitas vezes o risco que representam para os outros ou a forma como estão vulneráveis. Nesta são vividas situações de grande instabilidade hemodinâmica onde o risco de contaminação com fluidos orgânicos potencialmente perigosos é grande, pelo que o uso de equipamento de proteção individual deve ser prioridade, garantido as condições de segurança do profissionais envolvidos.

Não só foi importante garantir o uso de equipamento de proteção individual universal mas também foi necessário adequar o equipamento ao risco calculado pela situação de cuidados pela qual a pessoa recorre, tendo o cuidado de antecipar o uso de máscara com viseira quando conhecia que o motivo pelo qual a pessoa recorria seriam hemoptises ou trauma da face, bem como proteger a pele e vias respiratórias quando o doente recorreu por uma intoxicação por organofosforados.

Tão importante como a proteção individual, é o risco de desenvolvimento de infeções associadas aos cuidados de saúde, pelo que foi essencial garantir as boas práticas aquando da realização de procedimentos e/ou manutenção de dispositivos invasivos, bem como ter atenção à separação do lixo e resíduos hospitalares. Não descurando que também a promoção do sono constituiu uma importante intervenção no controlo da infeção uma vez que a interrupção do sono na PSC causa disfunção do sistema imunitário, diminuição da resistência à infeção e dificuldade na cicatrização de feridas (Beltrami et al., 2015; Bihari et al., 2012; Friese, 2008).

Deste modo, considero ter desenvolvido competências do domínio da gestão, segurança e melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2010a; OE, 2010b).

Estando a pessoa que recorre ao SUG, muitas vezes em perigo de morte iminente, foi frequente lidar com situações de morte inesperada, tendo representado um grande desafio na gestão de processos de luto junto dos familiares. Não foi fácil lidar com situações em que apesar de todos os esforços da equipa multidisciplinar, não foi possível salvar a vida da pessoa, sabendo que à porta da sala onde arduamente se trabalhou para garantir que a pessoa sobrevivesse, se encontrava o familiar a aguardar as melhores notícias.

A morte é um acontecimento significativo para a família uma vez que perturba o equilíbrio familiar, conduzindo a ansiedade e tristeza, sendo o seu impacto influenciado por diferentes fatores, não se devendo concentrar apenas na comunicação da má notícia, pois estas situações implicam uma perda, à qual está sempre associado um processo de luto (Pereira, 2008). A comunicação de más notícias no SUG é realizada no corredor, em frente à porta da SR, local de passagem de alguns profissionais e de muitos doentes, sendo um local desadequado para o efeito, uma vez que deveria ser realizada num local próprio e resguardado permitindo a expressão de sentimentos e facilitando a gestão do processo de luto.

Apesar dos esforços na dignificação da morte e dos processos de luto, existe esta lacuna por colmatar, o que causa frustração aos profissionais de saúde envolvidos, conduzindo as várias reflexões e introspeções acerca da temática junto da enfermeira orientadora, acompanhando-me no caminho para casa. Numa das várias reflexões questioneei porque não poderiam as comunicações de más notícias serem realizadas num gabinete apropriado, podendo ser o de informação (já existente) devido à proximidade com a SR e disponibilidade do espaço. Existindo um enfermeiro destacado para dar informações aos familiares, este poderia auxiliar a equipa médica durante o contacto dando seguimento e apoio à família e suas necessidades posteriormente. Ainda assim, apesar de equacionada esta solução a equipa aguardara validação e apoio por parte da chefia e equipa multidisciplinar.

No entanto, não só a morte inesperada é vivida no SU, também a morte anunciada foi frequentemente vivida neste contexto, uma vez que é procurado junto dos profissionais, não só a componente tecnicista mas também a humana. Assim, muitos doentes portadores de doença crónica e muitas vezes terminais, recorrem a este serviço não procurando intervenção de suporte de vida mas de conforto, como controlo de sintomas, apoio social e apoio à família (Martins, Agnés & Sapeta, 2012). Este constitui igualmente um desafio uma vez que o SU não reúne condições, apresentando diferentes obstáculos de natureza estrutural e funcional, com défice de recursos humanos para prestar o melhor apoio emocional a estas pessoas e famílias, sendo o rácio enfermeiro-doente bastante baixo, prejudicando o tempo permitido para a prestação de cuidados de qualidade.

Deste modo, as autoras Martins et al. (2012, p. 16) defendem que “deveria ser implementada uma equipa consultora/assessora de cuidados paliativos no SU ou

então um enfermeiro com formação em cuidados paliativos que cuide destes pacientes e famílias e/ou assessore os outros profissionais”. Neste contexto tal não existe mas existe um enfermeiro responsável, em articulação com o gabinete de informação e acompanhamento, nos turnos da manhã e da tarde, para fornecer e colher informações juntos dos familiares, dando *feedback* acerca da evolução da sua situação de saúde e organizando a alta, quando é o caso.

A função e intervenção deste enfermeiro no provimento de informação de forma clara e específica às famílias constituem um aspeto importante na promoção do conforto da pessoa e família, lembrando que Kolcaba defende a importância de envolver a família em todo o processo de cuidar, uma vez que este não se restringe à pessoa internada (Sousa, 2013).

Assim, considero ter desenvolvido competências específicas do EEEPSC no que concerne ao demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto (OE, 2010b).

Os desafios neste contexto não passaram somente pela prestação de cuidados na SR mas também nas outras áreas do SUG, sendo que após a estabilização da PSC, colocação de todos os dispositivos invasivos e executados os procedimentos complexos, a pessoa é transferida para a UMICD, UCI, sala de hemodinâmica, serviço de neurologia ou UIMC. Neste último, o doente pode manter-se monitorizado ou somente sob vigilância enquanto aguarda transferência para outro serviço.

Assim, a UIMC, que fica no piso acima do ambulatório, é a unidade de internamento do SUG, com capacidade para 20 doentes, onde comumente se encontram cerca de 40, ultrapassando em muito os recursos existentes. Nesta existe capacidade para internar 10 pessoas com necessidade de monitorização contínua.

As pessoas que aguardam transferência para a UIMC ou outro serviço de internamento, ou cuja estadia se preveja curta mas necessitam de estar em maca e com maior vigilância, são alocados na área de observação clínica, onde a capacidade é frequentemente ultrapassada e a privacidade e intimidade são muitas vezes comprometidas. Nos balcões, existe o posto de enfermagem, onde são realizadas colheitas de produtos biológicos, administrada terapêutica e realizados procedimentos e técnicas.

Nestas duas áreas existe uma grande rotatividade de doentes e famílias, tendo representado um grande desafio no planeamento dos cuidados, exigindo uma

organização complexa na priorização dos cuidados. Devido a esta rotatividade foi um desafio apropriar-me dos nomes dos doentes e motivos/situações de saúde pelos quais recorreram. Como estratégia para ultrapassar o desafio, recorri a auxiliares em papel, tendo o cuidado de questionar sempre o nome à pessoa/familiar e verificar a pulseira de identificação, de modo a garantir a segurança dos cuidados prestados. Assim, considero ter desenvolvido capacidade de planeamento e organização, tendo implementado estratégias ao longo do estágio, como a elaboração de um registo em papel com pequenos apontamentos. Deste modo, considero ter desenvolvido competências do domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

Aquando da discussão dos objetivos do estágio no presente contexto, no que diz respeito à promoção do sono na PSC e à introdução e aplicação de um protocolo QT, foi detetado que existiriam aspetos constrangedores à sua concretização. Um dos principais constrangimentos prendeu-se com o facto de a UCDI, orientada para doentes que carecem de monitorização contínua e cuidados específicos, funcionando como unidade de cuidados intermédios, já não pertencer ao SUG, como acontecia durante a realização do projeto de estágio.

Encontrei um SU muito ruidoso, decorrente da existência de vários fatores, dos quais destaco: o ruído proveniente de alarmes e monitores, diálogo entre profissionais, doentes e familiares, o movimento de camas e equipamentos, bem como da construção e acústica, que inclui mecanismos de portas, áreas de trabalho abertas e falta de materiais de absorção sonora (Short, Short & Holdgate, 2011). Também verifiquei a existência de salas permanentemente iluminadas com luz artificial, não existindo janelas. Além destes aspetos, apesar de idealmente as pessoas não deverem permanecer no SUG por períodos prolongados de tempo, tal não se verifica e estes acabam por não conseguir ter acesso a uma cama de internamento, permanecendo no serviço com grande probabilidade de sofrerem de distúrbio do sono, sem que exista uma alternativa e/ou medidas corretivas, como vem descrito no estudo realizado por Short et al. (2011).

Apesar de não terem sido encontrados estudos que avaliem a eficácia das intervenções promotoras do sono no serviço de urgência, existe evidência que o ruído e a iluminação são perturbadores do sono, pelo que devem ser implementadas intervenções que eliminem ou diminuam a sua influência, sendo idênticas às preconizadas para a UCI (Ordozgoiti, Parra & Salvador, 2017). Na mesma ordem de

ideias, Gellerstedt et al. (2015) admitem que os serviços de urgência não foram organizados de acordo com a perspetiva e necessidades dos doentes, existindo igualmente falta de oportunidades para colocar em prática estratégias promotoras do sono de acordo com os seus desejos, descrevendo que este é um tema de enfermagem que necessita de ser desenvolvido permitindo que os profissionais prestem cuidados de alta qualidade.

O facto de existirem fatores perturbadores do sono, como ruído, iluminação permanente, chegada e saída de doentes e passagem de camas, num serviço onde a noite e o dia não se distinguem pelas suas características organizacionais e funcionais, bem como pela afluência de doentes e dinâmica, sem uma unidade de cuidados que reúna condições para implementar um protocolo QT, dificultou a obtenção do objetivo planeado. No entanto, coloquei em prática outras estratégias promotoras do sono e do conforto, considerando que muitos dos fatores perturbadores da qualidade do sono dizem respeito ao ambiente e outras dimensões onde podemos intervir, como a física, psicoespiritual e sociocultural (Kolcaba, 2003).

Assim foram realizadas intervenções promotoras do sono como reduzir a luminosidade na área de observação clínica onde as pessoas podem permanecer internadas mais de 24h e reduzir o ruído realizado pelos profissionais, quer no tom de voz quer no manuseamento de materiais e equipamentos. Procurei reduzir a ansiedade da PSC e familiares, esclarecendo dúvidas e encaminhando-os para o gabinete de informação e acompanhamento, bem como para os serviços sociais, uma vez que está geralmente relacionada com o prognóstico clínico e preocupações relativamente à condição laboral após a situação de saúde-doença. Foi também importante controlar a gestão da dor através da administração de analgésicos, articulando com a equipa multidisciplinar, otimizando a temperatura corporal e o posicionamento da pessoa. Neste âmbito, sempre que recebia vítimas de acidente de viação procurava junto do neurocirurgião a indicação para retirar colar cervical e outras imobilizações, reduzindo o número de tempo submetido a desconforto e dor.

Muitas destas ações já eram realizadas no entanto a minha presença e sensibilização para a problemática estimulou e incentivou a aplicação destas práticas de forma mais uniforme e consistente. A sensibilização junto da equipa foi importante, tendo notado preocupação na redução da luminosidade e ruído durante o turno da noite, ainda que a dinâmica, estrutura, afluência ao serviço, subdimensão em relação

à população abrangente, e o facto de ter realizado turnos da noite somente na SR, balcões e sala de observação, constituíam um aspeto constrangedor e difícil de contornar.

Assim, considero ter desenvolvido competências específicas do EEEPSC ao fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas (OE, 2010b), bem como as comuns ao EE nos domínios da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

Uma vez que não tive oportunidade de desenvolver competências na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, procurei conhecer o plano de emergência e catástrofe da instituição. Existe um grupo de trabalho na instituição que desenvolve simulacros, tendo desenvolvido um anteriormente ao meu estágio, e atualiza o plano, tendo em conta a evolução da instituição, no que diz respeito às suas características físicas e estruturais bem como das equipas de trabalho. Os simulacros visam a conceção de rotinas e a avaliação da eficácia do plano de emergência, devendo ser periódicos e devidamente planeados e avaliados (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2014).

Com a cultura de se realizar simulacros e formação na área da catástrofe e emergência multi-vítimas, o enfermeiro será mais capacitado para fazer face a situações complexas e exigentes desta natureza, tendo um papel preponderante na prestação de cuidados a este tipo de vítimas (Cox & Briggs, 2004).

O vasto número de experiências vividas neste contexto enriqueceu em muito o meu percurso de desenvolvimento de competências, caracterizadas por um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se traduziram num correto desempenho em estágio. Muito se deveu ao facto deste contexto ter uma diversidade de doentes e de situações saúde-doença, tendo sido necessário mobilizar um grande número de conhecimentos, aliando a capacidade de avaliar, intervir e cuidar da forma mais abrangente para a mais específica. Apesar de terem existido alguns aspetos constrangedores, não considero que tenham sido prejudiciais ao desenvolvimento de competências mas sim oportunidades de me adaptar às frustrações, refletindo sobre as mesmas, contornando-as e qualificando-as como aprendizagens e experiências a mobilizar ao longo do percurso profissional e académico.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório de estágio marca o culminar de um percurso académico orientado com fim à obtenção do grau de mestre de acordo com os descritores de Dublin referente ao 2.º ciclo de formação, ao desenvolvimento de competências comuns ao EE e específicas do EEEPSC visando a aquisição do título de EE pela OE, e ao desenvolvimento de competências de incluídas no Modelo de Dreyfus adaptado por Benner.

A aprendizagem formal ocorre num contexto organizado e estruturado, devendo as atividades ser planeadas e orientadas com esse intuito, constituindo-se objeto de um reconhecimento formal (Pires, 2008). Assim, foi partilhado o percurso de desenvolvimento de competências realizado, descrevendo as atividades e estratégias adotadas que conduziram ao desenvolvimento das competências preconizadas.

O presente relatório constitui o culminar do trabalho desenvolvido ao longo do curso e a plataforma ideal para dar resposta aos objetivos e contribuir para o desenvolvimento das competências mencionadas. Este representou um marco bastante importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional uma vez que promoveu a reflexão e avaliação acerca do caminho percorrido, levando-me a desenvolver a autoconsciência e a autoeficácia.

Deste modo, considero ter cumprido os objetivos aos quais me propus atingir. Este revelou ser um trabalho de grande pertinência, pois além do desenvolvimento e aquisição de competências, pude contribuir para colmatar um problema na área do cuidado especializado em enfermagem à PSC, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados nomeadamente na área da promoção do sono.

Assim, aquando da análise do percurso desenvolvido destaquei a intervenção do EEEPSC na promoção do sono na PSC, sustentada pela Teoria do Conforto de Kolcaba, evidenciando como o sono e o conforto se articulam e interligam.

Durante o estágio percebi, que tal como evidenciado na literatura, existe pouca consciencialização dos enfermeiros com a qualidade do sono da PSC, podendo esta estar relacionada com a pouca discussão da temática na prática clínica.

Após a leitura dos artigos que constituem a RIL elaborada, é evidente que a interrupção do sono permanece um problema substancial na PSC internada em UCI, pelo que foi necessário aprofundar a compreensão da promoção do sono nesta

população, sensibilizando, informando e aplicando intervenções que contribuíssem para o seu bem-estar e recuperação.

Considerando que muitos dos fatores perturbadores da qualidade do sono, dizem respeito ao ambiente, à dimensão física, psicoespiritual e sociocultural, enunciadas por Kolcaba (2003), torna-se fundamental intervir sobre estes uma vez que interferem nos resultados, traduzidos por três níveis de conforto (o alívio, a tranquilidade e a transcendência). O facto de estar comprovada a importância da promoção do sono na PSC, muitas vezes descurado, sendo um foco sensível à enfermagem (OE, 2007), exige que os enfermeiros intervenham. Esta intervenção deve procurar colmatar o problema procurando soluções através de intervenções autónomas, existindo evidência que os procedimentos e intervenções de enfermagem estão entre os fatores responsáveis pela interrupção do sono (Tembo & Parker, 2009).

Como aspetos facilitadores da aprendizagem destaco a disponibilidade dos contextos de estágios e dos enfermeiros orientadores em promoverem um ambiente propício à aprendizagem e ao desenvolvimento de competências.

Ter realizado estágio em serviços e instituições diferentes da minha realidade profissional, trouxe-me diferentes perspetivas acerca do cuidar, gerando a oportunidade de experienciar e viver situações de cuidados bastante ricas e importantes para a minha prática de enfermagem atual e futura. Assim, nos diferentes contextos foi-me possível desenvolver e adquirir conhecimentos, habilidades e capacidades que constituem uma mais-valia na minha evolução pessoal e profissional, sendo que para tal muito contribuiu a reflexão sobre a prática.

Considero que durante o estágio, foi importante incutir o espírito reflexivo nos contextos onde prestamos cuidados, pois uma organização capaz de aprender é uma organização que é capaz de mudar, e há que trabalhar a resistência dos profissionais a esta prática, tornando-a exercício do quotidiano, valorizando a reflexão como um meio de desenvolvimento individual e profissional, e de melhoria de práticas.

Como aspetos constrangedores ao percurso desenvolvido, realço as dificuldades sentidas relacionadas com a complexidade dos contextos, tendo sido necessário mobilizar um grande aporte de conhecimentos acerca das situações de cuidados, técnicas e equipamento tecnológico, recorrendo a um número elevado de horas de estudo. Outro aspeto deveu-se à necessidade de ter que me adaptar e

integrar de forma muito célere a serviços com dinâmicas e metodologias de trabalho diferentes da minha prática profissional diária.

No entanto, ultrapassados estes constrangimentos com sucesso, considero ser uma enfermeira com um maior número de conhecimentos e habilidades fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e elementares ao exercício de funções como EEEPSC. Para tal, julgo que por mais *know how* que possamos ter, ao reunir conhecimento sobre as problemáticas, somente em conjunto com a experiência adquirimos competência, pelo que é fundamental investir na formação.

O facto de estar comprovado a importância da promoção do sono na PSC e não ter sido identificada nenhuma UCI em Portugal onde fosse aplicado um projeto semelhante, revela que é uma área a investigar. Uma vez já existindo uma escala de avaliação do sono na PSC em modo de questionário, a RCSQ, validada para a população portuguesa, permitindo obter a avaliação do enfermeiro e da PSC é pertinente que esta seja utilizada dando continuidade à investigação do tema através da sua análise e discussão de resultados e à avaliação da qualidade e quantidade do sono. Considero assim, ser uma área exequível de desenvolver e estudar, pois além dos recursos existentes, os enfermeiros demonstraram que a sensibilização contribui para a mudança de práticas.

É fundamental que os enfermeiros estejam despertos para a temática da promoção do sono e sua influência no *outcome* da PSC, evitando que seja a sensibilidade e o bom senso de cada um a dominar a prática, devendo o enfermeiro especialista assumir a liderança desses cuidados. A formação em serviço permitirá sensibilizar e formar a equipa para a prática de cuidados, tendo em conta a promoção do sono da PSC. Assim, e aliando aos dados obtidos através do RCSQ será possível evidenciar às instituições de saúde os benefícios da avaliação do sono da PSC, medidas a adotar e intervenções a aplicar, existindo uma melhoria na gestão e qualidade dos cuidados prestados. Estas intervenções podem ser padronizadas e uniformizadas através da elaboração de um protocolo QT como demonstrado no presente relatório.

No que diz respeito à dinâmica hospitalar, a produção de projetos desta natureza poderá ser promotora de mudanças a nível de estrutura e infraestrutura das unidades, sugerindo-se a existência de unidades individualizadas, ótimas para o

controle de infecção e capazes de diminuir a propagação do ruído, bem como a existência de janelas com luz natural promovendo um ciclo sono-vigília adequado.

O aprofundar conhecimentos nesta área temática fez com que ficasse mais sensível ao problema, embora já tivesse sido percebido anteriormente à realização do projeto, na minha prática diária de cuidados, encontrando-me constantemente a aplicar intervenções promotoras do sono. Não só as aplico como instruo os colegas de equipa de enfermagem, médicos e assistentes operacionais para o mesmo, tendo notado uma evolução positiva o que demonstra que os profissionais de saúde estão recetivos à mudança e melhoria. Após a conclusão do presente CMEEPSC irei juntamente com uma colega que desenvolveu a mesma área temática no seu percurso académico, desenhar e implementar um projeto na âmbito da promoção do sono no serviço de internamento onde presto cuidados, tendo sido já discutido com a enfermeira-chefe.

Importa mencionar que o percurso realizado contribuiu substancialmente para o enriquecimento, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Este permitiu-me aprofundar uma temática de relevo para a enfermagem na área da PSC e desenvolver competências, que em conjunto, contribuem para prestação de cuidados de enfermagem sustentados em intervenções especializadas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S. (2017). *Utilizadores frequentes no serviço de urgência geral: caracterização e definição de estratégia* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/32135>
- Aitken, L., Elliot, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., Wetzig, K., Datt, A. & McKinley, S. (2017). Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Australian Critical Care*. 30(2), 59-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.001>
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Almeida, Q. & Fófano, G. (2016). Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*. 42(3), 191-196. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2494/891>
- Alves, A. (2014). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1199>
- Alves, M. (2015). *Fim de vida em Cuidados Intensivos – A(s) prática(s) dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1453>
- American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support [ATLS]: Student course manual* (9.^a ed.). Committee on Trauma.
- American Society of Anesthesiologists (2014). *Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia*. Committee of origin: quality management and departmental administration. Orlando.
- Apostolidou, Z. & Schweitzer, R. (2017). Practitioners' perspectives on the use of clinical supervision in their therapeutic engagement with asylum seekers and refugee clients. *British Journal of Guidance & Counselling*. 45(1), 72–82. Doi: <http://d.doi.org/10.1080/03069885.2015.1125852>.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2014). *Medidas de autoproteção de segurança contra incêndio em edifícios*. Núcleo de Certificação e Fiscalização. Carnaxide.

- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B. & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 6(41), 539-546. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2.^a ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Berry, R., Brooks, R., Gamaldo, C., Harding, S., Lloyd, R., Marcus, C. & Vaughn, B. (2015). *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications version 2.2*. American Academy of Sleep Medicine. Illinois.
- Bihari, S., McEvoy, R., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R. & Bersten, A. (2012). Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 8(3), 301-307. Doi: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.1920>
- Blaha, J., Barteczko-Grajek, B., Berezowicz, P., Charvat, J., Grau, T., Holmgren, J., Jaschinski, U., Kopecky, P., Manak, J., Moehl, M., Paddle, J., Pasculli, M., Petersson, J., Petros, S., Radrizzani, D., Singh, V. & Starkopf, J. (2016). Space GlucoseControl system for blood glucose control in intensive care patients - a European multicentre observational study. *BMC Anesthesiology*. 8(16), 1-10. Doi: 10.1186/s12871-016-0175-4.
- Borji, M., Otaghi, M., Salimi, E. & Sanei, P. (2017). Investigating the effect of performing the quiet time protocol on the sleep quality of cardiac patients. *Biomedical Research*. 16(28), 7076-7080. Disponível em: <http://www.alliedacademies.org/articles/investigating-the-effect-of-performing-the-quiet-time-protocol-on-the-sleep-quality-of-cardiac-patients-8217.html>
- Buxton, O., Cain, S., O'Connor, S., Porter, J., Duffy, J., Wang, W., Czeisler, C. & Shea, S. (2012). Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption. *Sci Transl Med*. 4(129), 129-43. Doi: 10.1126/scitranslmed.3003200.
- Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1(20), 192-200. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>.

- Carskadon, M. & Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Clares, J., Freitas, M., Galiza, F., Almeida, P. (2012). Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. *Acta Paul Enferm.* 25(1), 54-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800009>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Lusodidacta.
- Cook, D. & Rocker, G. (2014). Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *New England Journal of Medicine*. 370, 2506-2514. Doi: 10.1056/NEJMra1208795
- Cox, E. & Briggs, S. (2004). Disaster Nursing: New Frontiers for Critical Care. *Critical Care Nurse*. 24(3), 16-22. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/3/16.long>
- Dave, K., Qureshi, A., & Gopichandran, L. (2015). Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among Patients in Intensive Care Units. *Asian Journal of Nursing Education & Research*. 5(3), 319-322. Doi:10.5958/2349-2996.2015.00065.8
- Decreto-Lei n.º 74/2006. D.R. I Série A 2247. 60. (2006-03-24) 2242-2257.
- Despacho n.º 1400-A/2015. D.R. II Série. 28 (2015-02-10) 3882-(2)-3882-(10). ANEXO Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Núcleos – 2015*. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA]. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: Direção-Geral do Ensino Superior.
- Elliot, R., McKinley, S., Cistulli, P. & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Critical Care*. 2(17), 1-10. Doi: 10.1186/cc12565.

- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 31(6), 325-335. Doi:10.1016/j.iccn.2015.07.001
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0EC>
- Esterhuizen, P. & Freshwater, D. (2008). *International textbook of Reflective Practice - Clinical supervision and reflective practice*. Honor Society of Nursing. London: Blackwell/Indianapolis.
- Figueiredo, D., Damascena, L., Oliveira, J. & Batista, P. (2008). *O estudo de caso como estratégia de ensino e aprendizagem na disciplina Enfermagem em Clínica I: Opinião dos discentes*. X Encontro de iniciação à docência. Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração. Universidade Federal da Paraíba.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel
- Friese, R. (2008). Good night, sleep tight: the time is ripe for critical care providers to wake up and focus on sleep. *Critical Care*. 146(12). Doi:10.1186/cc6884
- Galinha de Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19(1), 31-45. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Garcia, R., Haddad, M., Vannuchi, M. & Costa, D. (2013). O enfermeiro no gerenciamento de material médico-hospitalar: revisão integrativa. *Online Braz J Nurs*. 12(2), 411-26. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133791>
- Gazzola, N., Stefano, J., Thériault, A. & Audet, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: a qualitative investigation. *British Journal of Guidance & Counselling*. 42(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03069885.2013.799263>.
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M. & Karlsson, M. (2015). Nurses' experiences of hospitalised patients' sleep in Sweden: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 3664-3673. Doi: 10.1111/jocn.12985

- González, A., Montalvo, A. & Herrera, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*. 16(1), 266-94. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.260101>
- Hall, J., Rosbash, M. & Young, M. (2017). *Their discoveries of molecular mechanisms controlling the circadian rhythm*. In The Nobel Assembly at Karolinska Institutet. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2017.
- Hamze, F., Chaves de Souza, C., & Couto Machado Chianca, T. (2015). The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*. 23(5), 789-796. Doi:10.1590/0104-1169.0514.2616
- Hawley, M. (2000). Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patients. *Clinical Nursing Research*. 9(4), 441-459. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290022556_Nurse_comforting_strategies_Perceptions_of_emergency_department_patients
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed.
- Hu, R., Jiang, X., Hegadoren, K. M., & Zhang, Y. (2015). Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. *Critical Care*. 19(115). Doi:10.1186/s13054-015-0855-3
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa.
- Kamdar, B., Needham, D. & Collop, N. (2012). Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*. 27(2), 97-111. Doi: 10.1177/0885066610394322.
- Kaplow, R. (2017). Sleep Disturbances and Critical Illness. *Journal of Intensive and Critical Care*. 3(39). Doi: 10.21767/2471-8505.100098
- Karadag, E., Samancioglu, S., Ozden, D., & Bakir, E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nursing In Critical Care*. 22(2), 105-112. Doi:10.1111/nicc.12198
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49(2), 86-92. Doi:10.1067/mno.2001.110268

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Krinsky, R., Murillo, I. & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*. 27(2), 147–150. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. Resposta a 80 questões. Lisboa: ASA Editores.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série*. N.º 180 (16-08-2009). 6528-6550.
- Li, S., Wang, T., Vivienne Wu, S. F., Liang, S. & Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*. 20(3-4), 396-407. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
- Lima, J., Guedes, M., Silva, L., Freitas, M. & Fialho, A. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 4(37), 1-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Lucas, A. (2017). Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=EhOCGkeN>
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/9956>
- Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). The influence of "quiet time" for patients in critical care. *Clinical Nursing Research*. 23(5), 544-559. Doi:10.1177/1054773813493000
- Marques, M. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=JoQOeGYv>
- Martins, M., Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). *Fim de vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*

(Revisão sistemática da literatura). Disponível em:
<https://core.ac.uk/download/pdf/62719603.pdf>

- Melnyk, M., Casey, R., Black, P. & Koupparis, A. (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J.* 5(5), 342-8. Doi:10.5489/cuaj.11002
- Miller, D., Simpson, J. & Silver, B. (2011). Safety of Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke: A Review of Complications, Risk Factors, and Newer Technologies. *The Neurohospitalist.* 1(3), 138-147. Doi: 10.1177/1941875211408731
- Monteiro, A., Oliveira, C., Pereira, C., Almeida, J., Santos, J., Damas, P., ... Cardoso, T. (2013). *A oculta face do coma - o despertar da consciência*. Loures: Lusociência.
- Morais, S. & Almeida, L. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Terapia Intensiva.* 3(12). Doi: 10.12957/rhupe.2013.7541
- Muruet, W., Rudd, A., Wolfe, C. & Douiri, A. (2018). Long-Term Survival After Intravenous Thrombolysis for Ischemic Stroke: A Propensity Score-Matched Cohort With up to 10-Year Follow-Up. *Stroke.* 49(3), 607-613. Doi: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.019889>
- Nightingale, F. (2006). *Notas Sobre Enfermagem de Florence Nightingale*. Loures. Lusociência.
- Nolan, J., Soar, J., Zidek, D., Barent, D., Bossaert, L., Deakin, C., Koster, R., Wyllie, J. & Bottigge, B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. *Resuscitation.* 81(10), 1219-1276. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.021.
- Oliveira, C. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem.* 17(2), 1-8. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em: <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem pessoa em situação crítica*. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Crítico: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ordozgoiti, A., Parra, I., Salvador, M., Valdés, C., Ciudad, M. & Quilez, M. (2017). Intervención para reducir la repercusión en el sueño de la luz y el ruido en áreas de observación de urgências. *Emergencias*. 29 (1), 39-42. Disponível em: <http://emergenciasojs.gruposanad.com/index.php/emergencias/article/view/69>
- Paiva, M., Souza, C. & Soares, E. (2006). Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 1(10), 29-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a04.pdf>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R. & Moreno, R. (2013). *Avaliação da situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. 2(12), 159-168. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>.
- Potra, T., Diogo, P., Rodrigues, J., Ramalhal, T., & Saraiva, R. (2017). *Liderança dos chefes de equipa: contributo para o desenvolvimento de competências emocionais dos enfermeiros*. In Ribeiro, J. & Lima, A. (eds). Atas do II Encontro Nacional de Novos Investigadores em Saúde & II International Meeting of New Health Researchers. Leiria: Politécnico de Leiria.
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J. & Meier, J. (2013). Comfort and communication measures in nursing caring actions for critically ill patients. *Rev. bras. enferm.*

66(2), 174-179. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743835>

- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E. & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing In Critical Care*. 12(6), 278-286. Doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00243.x
- Riemer, H., Mates, J., Ryan, L., J. & Schleder, B. (2015). Decreased stress levels in nurses: a benefit of quiet time. *American Journal of Critical Care*. 24(5). Doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015706>
- Roche, A. M., Todd, C., & O'Connor, J. (2007). Clinical supervision in the alcohol and other drugs field: An imperative or an option? *Drug and Alcohol Review*. 26(3), 313-321. Doi: 10.1080/09595230701247780
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Sales, L., Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 10, 30-40. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31763>
- Santos, A., Freitas, P. & Martins, H. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J*. 31(2), 148-52. Doi: 10.1136/emermed-2012-201782
- Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing Suplemento*. 23(270), 8-14.
- Saraiva, N. (2011). *Tratamento trombolítico do acidente vascular cerebral isquémico: Novas perspectivas* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62213/2/Tese%20final.pdf>
- Short, A., Short, K., Holdgate, A., Ahern, N. & Morris, J. (2011). Noise levels in an Australian emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 4(1), 26-31. Doi: 10.1016/j.aenj.2010.10.005
- Silva, A. & Carvalho, C. (2002) Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Nursing*. 164, 16-20.
- Silva, A. (2003). *Sala de Emergência – emergências clínicas e traumáticas*. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS.

- Silva, R. & Ferreira, M. (2011). A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 15(1),140-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100020>.
- Silva, R. (2013). Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos – A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida. *Percursos*. 28, 56-64. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista%20Percursos%20n28_Bio%C3%A9tica%20e%20Fim%20de%20Vida%20-%20Princ%C3%ADpios%20%C3%A9ticos.pdf
- Silva, R., Amante, L., Salum, N., Martins, T. & Werner, J. (2016). Eventos adversos durante o Transporte Intra-Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev enferm UFPE on line*. 12(10), 4459-65. Doi: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201604
- Silva, R., Pereira, A. & Mussi, F. (2015). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc Anna Nery*. 1(19), 40-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.
- Silveira, D., Bock, L. & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*. 4(6), 898-905. Doi: 10.5205/01012007
- Soeters, P. (2017). The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program: benefit and concerns *The American Journal of Clinical Nutrition*. 106(1), 10-11. Doi: <https://doi.org/10.3945/ajcn.117.159897>
- Sousa, A. & Veludo, F. (2019). Conforto nos diagnósticos de enfermagem - características definidoras de conforto prejudicado: revisão integrativa da literatura. *Projetar Enfermagem*. 1, 1-10. Disponível em: <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/01/Conforto-nos-diagn%C3%B3sticos-de-enfermagem-caracter%C3%ADsticas-definidoras-de-conforto-prejudicado-Revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura-2.pdf>
- Sousa, A. (2013). *O conforto como o centro da prática* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14636/1/Ana%20Rita%20Sousa.pdf>
- Souza, L., Ribeiro, J., Rosa, R., Gonçalves, Silva, C. & R. Barbosa, A. (2013). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermería*

- Global.* 32, 230-37. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf
- Tembo, A. & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing.* 25(6), 314-322. Doi: 10.1016/j.iccn.2009.07.002
- Thim, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C. & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *Int J Gen Med.* 5, 117-121. Doi: 10.2147/IJGM.S28478
- Uğraş, G. A., & Oztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine.* 212(3), 299-308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592217>
- Viana, P., Vargas, M., Carmagnani, M., Tanaka, L., Luz, K. & Schmitt, P. (2014). Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 23(1), 151-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>
- Vieira, E. (2014). *As estratégias de comunicação no cuidado à Pessoa em Situação Crítica* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16387/1/AS%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NO%20CUIDADO%20%C3%80%20PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA.pdf>
- Wada, F., Cherit, G., Vásquez, A., Martínez, P., Mejía, J. & Arroliga, A. (2015). The process of death in the intensive care unit (ICU) - From a medical, thanatological and legislative point of view. *Gac Med Mex.* 151(5), 586-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26526477>
- West, A. (2010). Supervising counsellors and psychotherapists who work with trauma: A Delphi study. *British Journal of Guidance and Counselling.* 38(4), 409-430. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03069885.2010.503696>
- World Health Organization. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide.* Department of Communicable Disease, Surveillance and Response. Geneva. 2.^a Ed.

World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection: Clean Care is Safer Care*. Geneva.

Younas, A. & Sommer, J. (2015). Case Study Integrating Nursing Theory and Process into Practice: Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*. 8(2), 443-50. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf

ANEXOS

**Anexo I – Autorização para a utilização do questionário *Richards-Campbell*
*Sleep Questionnaire***



SARA FILIPA CANAS DA SILVA <sarafcslva@campus.esel.pt>

Utilização do questionário RCSQ

Marisa Alexandra Marques <mary_xanita@hotmail.com>
Para: "sarafcslva@campus.esel.pt" <sarafcslva@campus.esel.pt>

6 de dezembro de 2017 às 12:11

Bom dia colega,
Sim autorizo a utilização do questionário RCSQ por mim traduzido e validado.
Necessita de alguma informação adicional da minha parte?

Cumprimentos,
Marisa Marques

Obter o [Outlook para iOS](#)

Anexo II – Certificado de presença no workshop “Técnicas de Substituição Renal Contínuas” no âmbito do II Congresso da Secção Regional do Sul



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SARA FILIPA CANAS DA SILVA

membro n.º 69038 desta Ordem, esteve presente no Workshop "Técnicas de Substituição da Função Renal Contínuas", que decorreu no dia 10 de Novembro de 2017, das 09h00 às 13h00, no âmbito do II Congresso da Secção Regional do Sul, nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, em Setúbal, no Fórum Municipal Luisa Todi.

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. Branco", is written over a light gray wavy background.

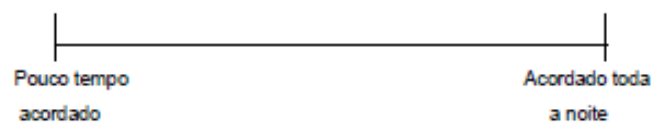
Sérgio Branco



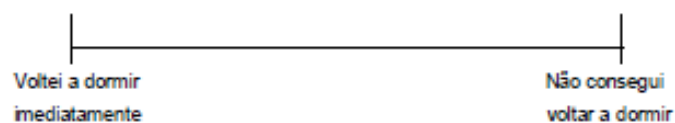
**Anexo III – *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* validado para a população
portuguesa**

QUESTIONÁRIO (aplicar ao doente)		
PARTE I		
DIAS DE INTERNAMENTO: _____		TURNO: _____
DATA: _____	UNIDADE DE INTERNAMENTO: _____	
DADOS DEMOGRÁFICOS		
IDADE: _____	GÉNERO: _____	ESTADO CIVIL: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
CONSCIÊNCIA		Escala de Coma de Glasgow de: _____
ORIENTAÇÃO		CAM-ICU global: _____
COMUNICAÇÃO		Verbal <input type="checkbox"/> Não-verbal <input type="checkbox"/>
SEDAÇÃO		RASS de: _____
MEDICAÇÃO INDUTORA DO SONO		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
QUAL? _____		
PARTE II		
<p align="center">RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE</p> <p>O questionário abaixo pretende avaliar o seu sono quer em termos de qualidade como de quantidade na noite passada.</p> <p>Cada uma das questões abaixo é respondida pela colocação de um "X" na linha da resposta. Coloque o seu "X" no lugar da linha que melhor descreva o que sente em relação ao seu sono na noite passada.</p>		
<p>1 – O meu sono na noite passada foi:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> Sono profundo </div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: 0; top: -10px;"> </div> </div> <div style="text-align: center;"> Sono leve </div> </div>		
<p>2 – Na noite passada, a primeira vez que tentei dormir eu:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> Adormeci quase imediatamente </div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; right: 0; top: -10px;"> </div> </div> <div style="text-align: center;"> Não conseguia adormecer </div> </div>		

3 – Na noite passada eu estive:



4 – Na noite passada, quando acordei ou fui acordado, eu:



5 – Descreveria o meu sono na noite passada, como:



6 – Descreveria o nível de ruído da noite passada como:



PARTE III

Refira, dos seguintes fatores, os que perturbaram mais o seu sono na noite passada:

- ☐ Ruído do equipamento
- ☐ Conversa dos profissionais
- ☐ Procedimentos efetuados
- ☐ Iluminação
- ☐ Administração de medicação
- ☐ Posicionamentos
- ☐ Outros. Quais? _____

QUESTIONÁRIO (aplicar ao enfermeiro)		
PARTE I		
DIAS DE INTERNAMENTO: _____		TURNO: _____
DATA: _____	UNIDADE DE INTERNAMENTO: _____	
DADOS DEMOGRÁFICOS		
IDADE: _____	GÉNERO: _____	ESTADO CIVIL: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		
CONSCIÊNCIA		Escala de Coma de Glasgow de: _____
ORIENTAÇÃO		CAM-ICU global: _____
COMUNICAÇÃO		Verbal <input type="checkbox"/>
		Não-verbal <input type="checkbox"/>
SEDAÇÃO		RASS de: _____
MEDICAÇÃO INDUTORA DO SONO		SIM <input type="checkbox"/>
		NÃO <input type="checkbox"/>
QUAL? _____		
PARTE II		
RICHARDS-CAMPBELL SLEEP QUESTIONNAIRE		
<p>O questionário abaixo pretende avaliar o sono do seu doente quer em termos de qualidade como de quantidade na noite passada.</p> <p>Cada uma das questões abaixo é respondida pela colocação de um "X" na linha da resposta. Coloque o seu "X" no lugar da linha que melhor descreva o que pensa em relação ao sono do doente durante a noite passada.</p>		
1 – O sono do meu doente na noite passada foi:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Sono profundo </div> <div style="flex-grow: 1; border-top: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: -10px; width: 10px; height: 10px; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: -10px; width: 10px; height: 10px; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> Sono leve </div> </div>		
2 – Na noite passada, a primeira vez que o meu doente tentou dormir:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Adormeceu quase imediatamente </div> <div style="flex-grow: 1; border-top: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: -10px; width: 10px; height: 10px; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; right: 0; top: -10px; width: 10px; height: 10px; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> Não conseguia adormecer </div> </div>		

3 – Na noite passada o meu doente esteve:
<div><div>Pouco tempo acordado</div><div>Acordado toda a noite</div></div>
4 – Na noite passada, quando o meu doente acordou ou foi acordado:
<div><div>Voltou a dormir imediatamente</div><div>Não conseguiu voltar a dormir</div></div>
5 – Descreveria o sono do meu doente, na noite passada, como:
<div><div>Uma boa noite de sono</div><div>Uma má noite de sono</div></div>
6 – Descreveria o nível de ruído da noite passada como:
<div><div>Muito Silêncio</div><div>Muito ruído</div></div>

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3.º semestre do 7.º CMEEPSC

Atividades 3.º Semestre	Ano																								
		2017												2018											
	Mês																								
	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
	25 a 01	02 a 08	09 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 05	06 a 12	13 a 19	20 a 26	27 a 03	04 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 31	01 a 07	08 a 14	15 a 21	22 a 28	29 a 04	05 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 04	05 a 11	12 a 18
UCI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Férias Natal												
Serviço de Urgência														13	14	15	16	17	18	19	20				
Implementação das atividades para concretizar objetivos																									
Elaboração do Relatório de Estágio																									
Orientação Tutorial																									

Campo de Estágio	Horas de Estágio	Número de Semanas
Unidade de Cuidados Intensivos	300 horas	12 Semanas x 25h
Serviço de Urgência Geral	200 horas	8 Semanas x 25h

**Apêndice II – Objetivos específicos para a aquisição de competências no
contexto de UCI**

Objetivos específicos para a aquisição de competências no campo de estágio: UCI

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores de resultados
Reconhecer a dinâmica organizacional do contexto e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar visita guiada ao serviço; – Observar a estrutura física, orgânica e funcional da UCI; – Consultar normas e protocolos existentes, bem como projetos em desenvolvimento; – Questionar acerca do circuito realizado pelo cliente, desde a admissão à transferência/alta, bem como a articulação da UCI com outros serviços; – Estabelecer uma boa relação com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade e vontade para aprender e desenvolver competências; – Integrar a equipa multidisciplinar, conhecendo a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e método de distribuição do trabalho; – Discutir os objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro responsável e 	<ul style="list-style-type: none"> – Apresenta o serviço e a sua estrutura; – Reconhece o circuito do doente na UCI; – Descreve o funcionamento da UCI e da equipa; – Estabelece relação empática com a equipa multidisciplinar; – Demonstra integração na equipa multidisciplinar. – Adequa o projeto de aprendizagem ao serviço.

	orientador, adequando o projeto à realidade do serviço, caso seja necessário.	
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/pessoa significativa em UCI.	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar na identificação dos problemas de enfermagem, num quadro de progressiva autonomia. – Tomar decisões sobre situações de cuidados, tendo como referência os princípios éticos e o código deontológico da OE. – Participar em novas situações de aprendizagem com vista à aquisição consolidação de conhecimentos na área da PSC. – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC na manutenção de um ambiente terapêutico seguro, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais num quadro de progressiva autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Promove o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão; – Participa na tomada de decisão ética, tendo em conta o conhecimento científico, a experiência profissional e o código deontológico; – Identifica os principais focos de instabilidade da PSC; – Realiza planos de cuidados, tendo em conta o processo de enfermagem; – Realiza estudos de caso.

	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC suportados num conjunto de princípios, valores e normas deontológicas num quadro de progressiva autonomia. – Listar os focos de instabilidade na PSC, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados; – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família/pessoa significativa gerindo a comunicação terapêutica e a comunicação interpessoal, num quadro de progressiva autonomia. 	
Promover o sono de qualidade na PSC, tendo por base a evidência científica identificada e a teoria do conforto de Kolcaba.	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a qualidade do sono da PSC, através do <i>Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)</i>; – Colaborar/prestar cuidados de enfermagem à PSC com o sono alterado; – Implementar cuidados de enfermagem que visem a promoção do sono à PSC, 	<ul style="list-style-type: none"> – Apresenta escala de avaliação do sono (RCSQ) validada para a população portuguesa; – Implementa intervenções promotoras do sono na PSC, com recurso aos resultados obtidos na RIL; – Realiza plano de cuidados em pessoa com o sono alterado, evidenciando os principais diagnósticos de enfermagem;

	<p>tendo por base a melhor evidência científica sobre o assunto;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reconhecer fatores potencialmente perturbadores do sono de modo a antecipar a gestão das intervenções; – Aplicar intervenções promotoras do sono, como: musicoterapia, aromoterapia, uso de máscaras oculares e tampões de ouvidos, alternância de luminosidade simulando a luz natural e promovendo o ciclo circadiano, planejar as intervenções reduzindo-as no período noturno; – Listar os recursos disponíveis no serviço/dinâmica de trabalho que sejam compatíveis com práticas de promoção do sono; – Propor a construção de um protocolo <i>Quiet Time</i> (QT), em articulação com a equipa de enfermagem; – Reunir com o enfermeiro orientador do estágio e com a docente orientadora do 	<ul style="list-style-type: none"> – Identifica e utiliza recursos existentes no serviço para a promoção do sono; – Realiza um jornal de aprendizagem refletindo sobre uma experiência vivida.
--	--	--

	<p>projeto com vista a refletir sobre o meu desempenho;</p> <ul style="list-style-type: none">– Rever a literatura de forma contínua sobre as intervenções promotoras do sono;– Refletir sobre as experiências vividas, através do jornal de aprendizagem;– Realização de estudo de caso a PSC com perturbação do sono.	
--	---	--

<p>Sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da promoção do sono de qualidade na PSC, internada em UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar as perceções da equipa acerca da problemática, de como a gostariam de ver colmatada e que soluções propõem; – Construir e apresentar uma sessão informativa sobre a problemática do sono, decorrente das perceções da equipa; – Apresentar a proposta de protocolo QT ao enfermeiro chefe do serviço e equipa de enfermagem; – Sensibilizar os enfermeiros a integrarem um grupo de trabalho com vista à aplicação do protocolo QT; – Iniciar a aplicação das estratégias decorrentes da realização do protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Descreve as perceções da equipa acerca da problemática da promoção do sono na PSC internada em UCI; – Realiza uma sessão informativa sobre a problemática do sono, visando o esclarecimento de dúvidas e conceitos provenientes das perceções obtidas da equipa; – Reúne contributos para o desenvolvimento do protocolo QT; – Apresenta a proposta do protocolo QT; – Promove e define estratégias entre a equipa de enfermagem para a implementação de um protocolo QT, uniformizando as intervenções promotoras do sono.
--	---	---

**Apêndice III – Objetivos específicos para a aquisição de competências no
contexto de SUG**

Objetivos específicos para a aquisição de competências no campo de estágio: SUG

Objetivos	Atividades a desenvolver	Indicadores de resultados
Conhecer a dinâmica organizacional do contexto e integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar visita guiada ao serviço; – Identificar estrutura física, orgânica e funcional do SUG; – Consultar normas e protocolos existentes, bem como projetos em desenvolvimento; – Identificar o circuito realizado pela PSC, desde a admissão à transferência/alta, bem como a articulação do SUG com outros serviços; – Estabelecer uma boa relação com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade e vontade para aprender e desenvolver competências; – Integração na equipa multidisciplinar, conhecendo a constituição das equipas, funções dos diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> – Conhece o serviço e a sua estrutura; – Reconhece o circuito da PSC no SUG; – Compreende o funcionamento do SUG e da equipa; – Estabelece relação empática com a equipa multidisciplinar; – Demonstra integração na equipa multidisciplinar.

	<p>elementos e método de distribuição do trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Analisar os objetivos e atividades de estágio com o enfermeiro responsável e orientador. 	
Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/pessoa significativa em SUG	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar nas intervenções de enfermagem desenvolvidas no SUG, procurando novas situações de aprendizagem com vista à aquisição consolidação de conhecimentos na área da PSC; – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC na manutenção de um ambiente terapêutico seguro, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC suportados 	<ul style="list-style-type: none"> – Promove o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão; – Participa na tomada de decisão ética, tendo em conta o conhecimento científico, a experiência profissional e o código deontológico; – Identifica os principais focos de instabilidade da PSC; – Realiza planos de cuidados, tendo em conta o processo de enfermagem.

	<p>num conjunto de princípios, valores e normas deontológicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar focos de instabilidade na PSC, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados; – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família/pessoa significativa gerindo a comunicação terapêutica e a comunicação interpessoal. 	
<p>Promover o sono de qualidade na PSC, tendo por base a evidência científica identificada e a teoria do conforto de Kolcaba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à PSC com o sono alterado; – Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem que visem a promoção do sono à PSC; – Reconhecer procedimentos potencialmente perturbadores do sono 	<ul style="list-style-type: none"> – Implementa intervenções promotoras do sono na PSC, com recurso aos resultados obtidos na RIL e revisão contínua da literatura; – Realiza o plano de cuidados na pessoa com o sono alterado, evidenciando os principais diagnósticos de enfermagem;

	<p>de modo a antecipar a gestão das intervenções;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aplicar intervenções promotoras do sono, como: alternância de luminosidade simulando a luz natural e promovendo o ciclo circadiano, reduzir o ruído e planejar as intervenções reduzindo-as no período noturno; – Reunir com o enfermeiro orientador do estágio e com a docente orientadora do projeto com vista a refletir sobre o meu desempenho; – Revisão da literatura de forma contínua sobre as intervenções promotoras do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhece os procedimentos potencialmente perturbadores do sono, gerindo-os; – Identifica e utiliza recursos existentes no serviço para a promoção do sono.
--	---	--

Apêndice IV – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Intervenções de enfermagem na promoção do sono, na pessoa em situação crítica, internada em unidade de cuidados intensivos

Sara Canas da Silva³ | Maria Teresa Leal⁴

Resumo

Contexto: Em unidade de cuidados intensivos a pessoa em situação crítica tem cerca de duas horas de sono por dia, sendo um aspeto essencial no seu processo de estabilização e recuperação. A importância do sono na recuperação da doença aguda tem sido negligenciada, sendo a promoção do sono desvalorizada pelos profissionais de saúde neste contexto. Por a interrupção do sono constituir um problema substancial na pessoa em situação crítica, é necessário aprofundar conhecimentos sobre o seu impacto nesta população, identificando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação.

Objetivo: Procurar, sintetizar e analisar o conhecimento científico sobre a intervenção de enfermagem na promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura realizada pelo método PICO, através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE.

Questão: Quais as intervenções de enfermagem na promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos?

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; unidade de cuidados intensivos; intervenções de enfermagem; promoção do sono.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sono é um estado de consciência particular, bastante diferente do coma ou situação anestésica, traduzindo-se num estado que surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock & Silva, 2012). Este envolve numerosos mecanismos fisiológicos e comportamentais de grande complexidade do sistema

³ Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (sarafcsilva@campus.esel.pt)

⁴ Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientadora do Projeto de Estágio (tleal@esel.pt)

nervoso central e caracteriza-se por apresentar dois estados, o sono REM e o NREM (Beltrami, Nguyen & Pichereau, 2015; Friese, 2008; Kamdar, Needham & Collop, 2012).

De acordo com Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), pessoa em situação crítica (PSC) é aquela que se encontra em fase aguda, criticamente doente ou ferida e não é capaz de manter estabilidade fisiológica, ou que se encontra com elevado risco de desenvolver rapidamente essa instabilidade, sendo que a sua condição define e orienta as intervenções e práticas dos enfermeiros de cuidados críticos, especialmente porque esses doentes são, regra geral, dependentes da terapia intensiva contínua e tecnologia de apoio, para manterem funções vitais. Sendo a PSC quem recebe os cuidados de saúde (Kolcaba, 2011) e sabendo-se que tem um ciclo do sono que dura pouco mais de duas horas, ainda que este seja vital na doença crítica (Aitken, Elliot & Mitchell, 2017) é urgente mudar atitudes e desenvolver intervenções promotoras do sono.

Vários estudos demonstraram que o sono é fundamental no tratamento e sobrevivência da PSC, existindo evidência da ausência de um sono de qualidade durante o internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) (Beltrami et al., 2015; Bihari, McEvoy & Matherson, 2012).

Segundo Aitken et al. (2017) numa UCI a PSC tem pouco mais de duas horas de sono por dia e a prevalência de distúrbios do sono é superior a 50% (Bihari et al., 2012), sendo os procedimentos e intervenções de enfermagem fatores responsáveis pela sua interrupção. Ainda assim, o impacto do sono durante a recuperação de uma doença aguda tem sido negligenciado, sendo a promoção do sono, princípio básico para a sobrevivência, ignorada por parte dos profissionais de cuidados intensivos, em detrimento dos avanços da ventilação mecânica, nutrição, antibioterapia e reabilitação (Beltrami et al., 2015; Engwall, Fridh & Johansson, 2015).

Por a importância do sono ser muitas vezes desvalorizada em contexto de cuidados à PSC, é de grande importância reconhecer o sono como foco da intervenção de enfermagem e incidir nesta problemática através de intervenções autónomas.

Há evidência de que os enfermeiros têm dificuldade em avaliar o sono da pessoa com precisão, sobrevalorizando a quantidade e qualidade, quando comparado com a avaliação dos próprios sobre o seu sono (Aitken et al., 2017).

Os fatores que causam interrupção do sono são múltiplos e podem ser extrínsecos como a iluminação, o ruído, as avaliações e tratamentos noturnos e/ou intrínsecos, tais como a condição aguda da doença, os mediadores inflamatórios, a administração de terapêutica sedativa ou opióide, a presença de dor e desconforto, e a realização de ventilação mecânica invasiva (Aitken et al., 2017; Beltrami et al., 2015; Elliot et al., 2013).

Nos fatores extrínsecos é conhecido que o ruído pode causar hipertensão por resposta ao stress, com ativação do sistema simpático por constrição dos vasos, tendo efeitos na condição física e psicológica da pessoa (Riemer et al., 2015). Também a exposição à luz resulta em danos físicos e psicológicos, devido à sua influência no ritmo circadiano. Afeta a secreção de melatonina, que é diminuída, sendo que tanto o ruído como a luz causam liberação de corticosteroides e catecolaminas na corrente sanguínea (Riemer et al., 2015).

Para reconhecer a importância do sono de qualidade durante a recuperação de doença aguda deve ser monitorizado o seu impacto através dos resultados obtidos relativamente à duração do internamento, às taxas de infeção, às taxas de complicações globais e de mortalidade, pois a interrupção do sono na PSC causa disfunção do sistema imunitário, metabólico, cardiovascular, respiratório e neurológico, diminuição da resistência à infeção e dificuldade na cicatrização de feridas (Bihari et al., 2012; Beltrami et al., 2015).

Apesar da crescente preocupação com o sono, a pesquisa sobre os efeitos da sua promoção em UCI é reduzida pelo que é necessário aprofundar a compreensão da interrupção do sono nesta população vulnerável, testando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação (Beltrami et al., 2015; Elliot, McKinley & Cistulli, 2013). A investigação sobre a temática deve ser multifacetada, abordando estratégias de promoção do sono em diferentes níveis simultaneamente e considerar intervenções comportamentais que melhorem a qualidade do sono.

Deste modo, os objetivos da presente revisão integrativa da literatura (RIL) são procurar, sintetizar e analisar o conhecimento científico sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono, na PSC internada em UCI.

Antes da sua elaboração foi efetuada uma pesquisa na base de dados *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, tendo sido verificado que não existia nenhuma publicação sobre o tema.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A realização da RIL teve em conta as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que orientou a pesquisa, foi elaborada no formato PICO: Quais as intervenções de enfermagem (I) na promoção do sono (O), na pessoa em situação crítica (P), internada em unidade de cuidados intensivos (C)?

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com o tipo de estudo, participantes, intervenção, resultados que se pretendem obter e data de publicação, descritos e justificados na Tabela 1 (JBI, 2014). O idioma do artigo foi utilizado como critério de exclusão, no entanto os artigos resultantes da pesquisa eram em língua inglesa e portuguesa, pelo que nenhum foi excluído por esse motivo.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão	Justificação
Participantes	PSC com idade superior ou igual a 18 anos, internada em UCI.	O tema do trabalho não contempla a idade pediátrica.
Intervenção	Estudos que referiam intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono.	Pretende-se identificar as intervenções autónomas de enfermagem que visem promover o sono e diminuir os fatores perturbadores do mesmo.
Resultados	Todos os estudos que incluam, como resultados, intervenções promotoras do sono.	Tema sensível aos cuidados de enfermagem, sendo que a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2007), identifica a insónia no resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem,

		relevando a sua importância e pertinência para a profissão.
Documentos	Serão considerados para esta revisão todo o tipo de artigos científicos publicados e disponíveis integralmente, realizados a partir do ano 2012, inclusive.	Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo.
Crítérios de exclusão	Serão excluídos todos os artigos não publicados em inglês ou português. Todos os artigos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente.	

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa decorreu durante o mês de julho de 2017 e foi realizada no motor de busca *EBSCOhost* integrando as bases de dados MEDLINE e CINAHL. Primeiramente foram introduzidos os termos de pesquisa, em linguagem natural, tendo como base as palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados. Posteriormente, os descritores específicos de cada base de dados foram incluídos como *Major Heading* (MH), explicitados no apêndice I.

A estratégia de pesquisa na CINAHL foi a seguinte: (P) [critical ill patient* OR patient* OR critical patients OR critically ill patient* OR critical illness] AND (I) [nursing care OR nursing OR nursing intervention OR sleep management OR critical care nursing OR nursing practice OR nursing interventions] AND (C) [intensive care unit OR critical care] AND (O) [sleep OR sleep deprivation OR sleep disruption OR sleep promotion OR sleep quality], e aplicados os limitadores de datas de publicação e grupo etário tendo-se obtido 56 resultados.

Na MEDLINE, a estratégia de pesquisa foi: (P) [critical ill patient* OR patient* OR critical patients OR critically ill patient* OR critical illness] AND (I) [nursing care OR nursing OR nursing intervention OR sleep management OR critical care nursing OR nursing assessment] AND (C) [intensive care unit OR intensive care units OR critical care] AND (O) [sleep OR sleep deprivation OR sleep disruption OR sleep promotion

OR sleep quality], e aplicados os limitadores de datas de publicação e grupo etário tendo-se obtido 117 resultados.

Posteriormente foram cruzados os resultados em ambas as pesquisas, num total de 173, excluindo-se os artigos repetidos, resultando desta seleção 150 artigos.

RESULTADOS

Foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, com o objetivo de excluir aqueles que não respondiam ao tema do estudo. Seguiu-se a seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos, tendo-se obtido 14 documentos para extração e análise, que no decorrer desta foram reduzidos a 10, pois os restantes 4 não respondiam à questão da presente revisão.

Seguiu-se a seleção de documentos através da leitura integral dos mesmos e a construção do diagrama *Prisma Flow*, representativo deste processo e apresentado no apêndice II.

O último critério de inclusão dos artigos foi a avaliação da qualidade metodológica do artigo, pelo que foi utilizado o instrumento *Critical Appraisal Tools* do JBI para cada tipo de estudo.

A síntese e a apresentação de resultados foram realizadas através da elaboração de um instrumento que integra os parâmetros: características do estudo (autor, ano, título, tipo), características da amostra (participantes), resultados (achados relativos à intervenção de enfermagem), e conclusões ou limitações dos estudos, que pode ser consultado no apêndice III.

A análise dos artigos selecionados foi conduzida pelos dois investigadores, de forma individual, segundo um processo crítico de avaliação do nível de evidência com o objetivo de aferir a qualidade metodológica do estudo e determinar em que medida a pesquisa contemplou a possibilidade de viés na sua conceção, metodologia e análise.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não existem conflitos de interesse presentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aitken, L., Elliot, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., Wetzig, K., Datt, A. & McKinley, S. (2017). Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Australian Critical Care*. 30(2), 59-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.001>
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B. & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 6(41), 539-546. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2.^a ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bihari, S., McEvoy, R., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R. & Bersten, A. (2012). Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 8(3), 301-307. Doi: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.1920>
- Borji, M., Otaghi, M., Salimi, E. & Sanei, P. (2017). Investigating the effect of performing the quiet time protocol on the sleep quality of cardiac patients. *Biomedical Research*. 16(28), 7076-7080. Disponível em: <http://www.alliedacademies.org/articles/investigating-the-effect-of-performing-the-quiet-time-protocol-on-the-sleep-quality-of-cardiac-patients-8217.html>
- Buxton, O., Cain, S., O'Connor, S., Porter, J., Duffy, J., Wang, W., Czeisler, C. & Shea, S. (2012). Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption. *Sci Transl Med*. 4(129), 129-43. Doi: 10.1126/scitranslmed.3003200.
- Carskadon, M. & Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Dave, K., Qureshi, A., & Gopichandran, L. (2015). Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among Patients in Intensive Care Units. *Asian Journal of Nursing Education & Research*. 5(3), 319-322. Doi:10.5958/2349-2996.2015.00065.8

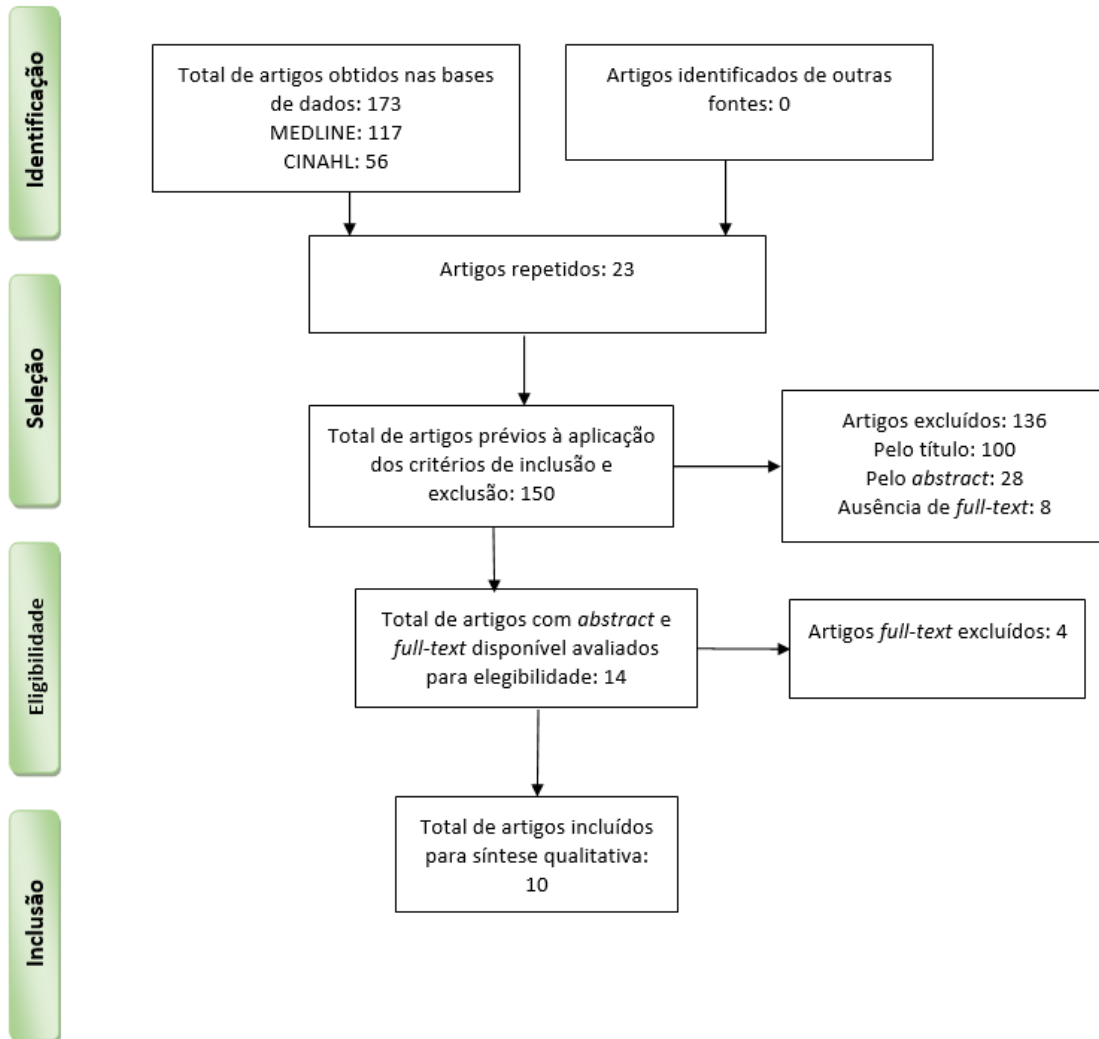
- Elliot, R., McKinley, S., Cistulli, P. & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Critical Care*. 2(17), 1-10. Doi: 10.1186/cc12565.
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*. 31(6), 325-335. Doi:10.1016/j.iccn.2015.07.001
- Friese, R. (2008). Good night, sleep tight: the time is ripe for critical care providers to wake up and focus on sleep. *Critical Care*. 146(12). Doi:10.1186/cc6884
- Hamze, F., Chaves de Souza, C., & Couto Machado Chianca, T. (2015). The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*. 23(5), 789-796. Doi:10.1590/0104-1169.0514.2616
- Hu, R., Jiang, X., Hegadoren, K. M., & Zhang, Y. (2015). Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. *Critical Care*. 19(115). Doi:10.1186/s13054-015-0855-3
- Kamdar, B., Needham, D. & Collop, N. (2012). Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*. 27(2), 97-111. Doi: 10.1177/0885066610394322.
- Karadag, E., Samancioglu, S., Ozden, D., & Bakir, E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nursing In Critical Care*. 22(2), 105-112. Doi:10.1111/nicc.12198
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49(2), 86-92. Doi:10.1067/mno.2001.110268
- Li, S., Wang, T., Vivienne Wu, S. F., Liang, S. & Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*. 20(3-4), 396-407. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
- Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). The influence of "quiet time" for patients in critical care. *Clinical Nursing Research*. 23(5), 544-559. Doi:10.1177/1054773813493000

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em: <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E. & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing In Critical Care*. 12(6), 278-286. Doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00243.x
- Riemer, H., Mates, J., Ryan, L., J. & Schleder, B. (2015). Decreased stress levels in nurses: a benefit of quiet time. *American Journal of Critical Care*. 24(5). Doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015706>
- Silveira, D., Bock, L. & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*. 4(6), 898-905. Doi: 10.5205/01012007
- Tembo, A. & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 25(6), 314-322. Doi: 10.1016/j.iccn.2009.07.002
- The Joanna Briggs Institute (2016). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Joanna Briggs Institute Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Disponível em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- The Joanna Briggs Institute [JBI] (2013). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Disponível em: (<http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments.pdf>)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewer's Manual. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
- Uğraş, G. A., & Oztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 212(3), 299-308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592217>

Apêndice I – Quadro de termos de pesquisa

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MeSH
P – População	Critical ill patient* Patient* Critical patients	Critically ill patient* Critical illness	Critical illness Patient*
I – Intervenção	Nursing care Nursing Nursing intervention Sleep management	Critical Care Nursing Nursing Practice Nursing Interventions	Critical Care Nursing Nursing care Nursing Nursing Assessment
C – Contexto	Intensive care unit Critical care	-	Intensive Care Units Critical care
O – Outcome	Sleep Sleep deprivation Sleep disruption Sleep promotion Sleep quality	Sleep Deprivation	Sleep Sleep Deprivation

Apêndice II – Diagrama da pesquisa (*PRISMA 2009 Flow Diagram, 2009*)



Apêndice III – Apresentação dos resultados

Título Autor(es)/ano de publicação	Características metodológicas	Objetivos	Resultados e conclusões	Limitações/recomendações
Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among Patients in Intensive Care Units (Dave, Qureshi & Gopichandran, 2015)	Estudo randomizado controlado (RCT) NE*: 1.c QE**: 11/13	Avaliar a eficácia dos tampões de ouvido e máscaras oculares na qualidade do sono, na pessoa internada em UCI.	A qualidade do sono foi melhorada após a aplicação de tampões para ouvidos e máscaras oculares.	O estudo envolveu uma amostra pequena. A avaliação objetiva do sono não foi realizada. Como avaliação objetiva do sono, pode ser utilizada a melatonina noturna e o cortisol para validar a eficácia das intervenções citadas, na qualidade do sono.
Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit (Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom & Lindahl (2015})	Estudo comparativo e descritivo (cross-sectional study) NE: 4.b QE: 5/8	Avaliar e relatar as experiências acerca do impacto da luz no sono, na pessoa internada em UCI.	Um sistema de iluminação com ciclos que reproduza a luz natural, combinado com a luz do dia, foi considerado importante e avaliado como agradável. Algumas pessoas referiram que níveis de iluminação adequados, contribuíram para sentimentos de calma e segurança.	Falta de cooperação de pessoas em estado crítico. O conhecimento sobre as percepções da pessoa e a sua experiência, juntamente com as medidas físicas da iluminação e o papel da luz do dia no estabelecimento do ritmo circadiano, são considerados úteis para futuras pesquisas.
Effects of earplugs and eye masks combined	Estudo randomizado (RCT)	Determinar os efeitos do uso de tampões	Utilizar tampões para ouvidos, máscaras oculares e música de fundo relaxante é	O estudo avaliou apenas subjetivamente a qualidade do

with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial (Hu, Jiang, Hegadoren & Zhang, 2015)	NE: 1.c QE: 11/13	para os ouvidos e máscaras oculares com música de fundo relaxante nos níveis de sono, pela medição de melatonina e cortisol em pessoas internadas em UCI.	útil para promover o sono em PSC adulta, em UCI.	sono e não objetivamente. O estudo contemplou apenas um período de 12h (noturno) e não 24h (ciclo circadiano). O tamanho de amostra era pequeno, o que limitou o poder da análise estatística. Recomenda-se no futuro, replicar o estudo com uma amostra maior.
Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment (Hu, Jiang, Zeng, Chen & Zhang, 2010)	Estudo observacional descritivo (cross sectional study) NE: 4.b QE: 6/8	Determinar os efeitos fisiológicos e psicológicos do ruído e da luz na UCI, bem como do uso de tampões nos ouvidos e máscaras oculares.	O sono e as hormonas são perturbados com a exposição ao ruído e luz, em adultos saudáveis. O uso de tampões de ouvidos e máscaras oculares melhoram a qualidade subjetiva do sono. .	Como limitação apresenta-se o fato do estudo ter sido realizado num laboratório de sono, simulando uma UCI e com indivíduos saudáveis. O estudo foi realizado somente por um período noturno de 9h, em vez 24 horas. Não foi possível medir o efeito das intervenções separadamente. O tamanho da amostra era pequeno, o que limitou o poder da análise estatística.

Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients (Karadag, Samancioglu, Ozden & Bakir, 2017)	Estudo randomizado controlado (RCT) NE: 1.c QE: 12/13	Investigar o efeito do óleo essencial de lavanda na ansiedade e na qualidade do sono, em pessoas internadas em unidades coronárias.	O óleo essencial de lavanda aumenta e promove a qualidade do sono, tendo reduzido o nível de ansiedade. Sendo apropriado para doentes cardíacos, poderá ser aplicado em UCI's.	Foi estudado o efeito a curto prazo do óleo essencial de lavanda, pelo que este está recomendado para esse período de tempo, não tendo sido estudado para períodos longos de tempo. Deverá ser replicado em amostras diferentes e maiores.
Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit (Li, Wang, Vivienne Wu, Liang & Tung, 2011)	Estudo quasi-experimental prospetivo NE: 2.c QE: 8/9	Testar a eficácia das <i>guidelines</i> de promoção do sono, de modo a controlar o ruído noturno e melhorar a qualidade do sono, nas pessoas internadas em UCI cirúrgicos.	A etiologia dos fatores que contribuem para a interrupção do sono são multifatoriais, tais como o ruído ambiental, intervenções médicas durante o período noturno, bem como as atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem. Foi demonstrado, que a redução dos estímulos ambientais externos pode promover o sono.	Não apresenta.
The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients (Hamze, Chaves de Souza &	Estudo descritivo (cross-sectional study) NE: 4.b QE: 6/8	Identificar as intervenções, realizadas pela equipa de saúde, e a influência das mesmas na	As intervenções associadas à prestação de cuidados podem prejudicar o sono em doentes internados em UCI. A programação dos horários das intervenções que causaram despertares era referenciada na rotina dos	Como fator limitador do estudo, destaca-se a utilização do actígrafo para mensurar as interrupções do sono, não sendo capaz de monitorizar a arquitetura do sono dos doentes e sua

Couto Machado Chianca, 2015)		continuidade do sono em pessoas internadas em UCI.	profissionais da UCI, em detrimento da preferência ou necessidade dos indivíduos. Estima-se que a pouca preocupação dos profissionais com a qualidade do sono das pessoas internadas em UCI esteja relacionada a pouca discussão da temática na prática clínica.	sensibilidade para identificar os despertares do sono é baixa. Alguns registos de despertares podem ter sido alterados pela movimentação do doente quando acordado. No entanto, foi possível contornar tais limitações ao confrontar os dados do actígrafo com as imagens obtidas pela filmagem.
The influence of "quiet time" for patients in critical care (Maidl, Leske & Garcia, 2014)	Estudo quasi-experimental NE: 12.c QE: 7/9	Examinar a influência de um protocolo <i>Quiet Time</i> (QT) em UCI.	A PSC e os profissionais sentiram-se satisfeitos com o protocolo QT. A consciencialização da equipa sobre os níveis de ruído na área do cuidado aumentou desde a implementação do QT. O protocolo QT melhorou os níveis de ruído na UCI e incentivou o descanso nas pessoas internadas.	As infraestruturas e arquitetura de cada unidade é diferente, tornando a padronização do protocolo QT difícil. As medidas de níveis de luz e ruído antes e durante o QT não foram obtidos. Os enfermeiros não eram cegos para o propósito do estudo. Não houve controlo ou registo de medicamentos administrados. O estudo pode ser generalizado apenas para respostas de pessoas conscientes e orientadas.

				O efeito do QT sobre o desenvolvimento do delírio é uma área possível de estudo futuro.
Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? (Richardson, Allsop, Coghill & Turnock, 2007)	Estudo quasi-experimental NE: 2.c QE: 7/9	Avaliar as máscaras oculares e os tampões para os ouvidos de modo a ajudar a controlar a exposição ao ruído e à luz no ambiente de UCI.	Foi identificada a utilidade das intervenções avaliadas. O sono de algumas pessoas a quem foram aplicadas as intervenções, melhorou. Outras formas de reduzir o ruído serão: minimizando as intervenções, durante o período noturno, e garantir um meio ambiente com uma temperatura confortável.	As recomendações para pesquisas futuras são incluir um tamanho de amostra maior, de modo a permitir inferência estatística. O desenho das intervenções poderia ser modificado, de modo a que os tampões de ouvido fossem mais fáceis de inserir, aumentando a tolerância às intervenções. Estudar as intervenções separadamente pode identificar benefícios ou limitações quando usados sozinhos.

<p>Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit (Uğraş & Oztekin, 2007)</p>	<p>Estudo descritivo (cross-sectional study)</p> <p>NE: 4.b</p> <p>QE: 5/8</p>	<p>Determinar os fatores e intervenções de enfermagem, que afetam o sono das pessoas internadas em UCI.</p>	<p>A maioria das pessoas experimentou um fator perturbador do sono. Referem como os fatores mais predominantes, a imobilização, a dor, ruído, ansiedade relacionada com o prognóstico clínico, curto período tempo de visitas para familiares e amigos, preocupações relativamente à condição laboral após internamento.</p> <p>A avaliação neurológica é também um fator perturbador do sono, pelo que é sugerido que sejam realizadas, no período noturno, só em caso de emergência.</p> <p>Deve ser abordado um plano multidisciplinar entre a equipa de saúde, de modo a que as intervenções sejam planeadas.</p>	<p>O sono não foi avaliado objetivamente.</p> <p>Os questionários foram preenchidos após as pessoas serem transferidas para a enfermaria, podendo existir constrangimentos acerca da memória das experiências vividas na UCI.</p> <p>Não pode ser generalizado a todos as pessoas internadas em UCI, somente aos com alterações do foro neurocirúrgico.</p> <p>Não foi definido o delírio, que pode afetar a memória e a perceção da pessoa relativamente às suas experiências, perturbando a sua confiabilidade.</p>
--	--	---	---	---

*NE: Nível de evidência

**QE: Qualidade da evidência

Apêndice V – Sessão informativa realizada em contexto de unidade de cuidados intensivos

A PROMOÇÃO DO SONO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

Realizado por: Sara Canas da Silva

Orientadores: Prof.ª Maria Teresa Leal e Prof.ª Helga Rafael Henriques

Dezembro de 2017

SONO?

COMA?

SEDAÇÃO?



2

O SONO EM UCI

Sono ≠ Coma ≠ Sedação

Coma

Estado de “ausência total de resposta a qualquer estímulo” Cabral et al., 2008, em Monteiro, Oliveira & Pereira, 2013, p. 72.

“um estado de inconsciência profunda, em que o indivíduo permanece com os olhos fechados, é incapaz de se comunicar verbalmente, responder a comandos externos ou realizar movimentos intencionados (...), não interagindo com o ambiente externo e apresentando importantes alterações cognitivas e no ciclo vigília/sono” (Cabral et al., 2008, em Monteiro et al., 2013, p. 72).

Sedação

É uma depressão da consciência induzida por fármacos, durante a qual a pessoa não é facilmente despertada mas responde após estimulação repetida ou dolorosa (American Society of Anesthesiologists, 2014).

Sono

Estado de consciência particular, bastante diferente do coma ou situação anestésica, traduzindo-se num estado que surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock & Silva, 2012).

3

O SONO EM UCI

REM

- Responsável por cerca de 25% do tempo total de sono, em que a atividade cerebral é rápida e de baixa amplitude, ocorrendo episódios de movimentos oculares rápidos, alteração da respiração e frequência cardíaca, bem como atonia e/ou hipotonia dos principais grupos musculares.
- Constitui uma fase reparadora do sono com limiar excitatório variável.

NREM

- Constituído por três estádios, aumentando progressivamente a profundidade do sono e limiar de excitação, caracterizando-se o estágio 3 como a fase mais profunda do sono, sendo fundamental nos processos reparadores.

(Berry, Brooks & Gamaldo, 2015)

O expectável é que os dois diferentes tipos de sono se alternem, ciclicamente, ao longo da noite, sendo que o NREM predomina na primeira parte e o REM na segunda (Carskadon & Dement, 2011).

O SONO EM UCI

A idade, o ritmo circadiano, a temperatura do ambiente, uso de fármacos e determinadas patologias, constituem fatores que podem alterar o ciclo do sono (Beltrami, Nguyen & Pichereau, 2015).



Em UCI a prática de interrupção do sono é evidente

- ❖ Prevalência de distúrbios do sono de mais de 50%;
- ❖ A iluminação, ruído e avaliações/tratamentos noturnos são frequentes e dificultam o alcance do sono de qualidade adequado na PSC.

É premente que os prestadores de cuidados nestes contextos entendam a importância desta problemática e vejam o sono como um tratamento como a antibióterapia, suporte nutricional, ventilação, entre outros.

(Bihari, McEvoy & Matherson, 2012; Frieze, 2008)

O SONO EM UCI

Enfermeiro dotado de autonomia profissional



Agente do cuidado

O papel do sono durante a recuperação de uma doença aguda tem sido negligenciado, sendo a promoção do sono ignorada por parte dos profissionais de cuidados intensivos, em detrimento dos avanços da ventilação mecânica, nutrição, antibióterapia e reabilitação (Beltrami et al., 2015; Frieze, 2008)

Os doentes, numa UCI, têm pouco mais de duas horas de sono, sendo este vital na doença crítica (Aitken, Elliot & Mitchell, 2017).

O SONO EM UCI

Os fatores que causam interrupção do sono, em cuidados intensivos, não são totalmente compreendidos mas sabe-se que são multifatoriais e podem ser extrínsecos e intrínsecos:

- ❖ Condição aguda da doença;
- ❖ Ruído;
- ❖ Luz;
- ❖ Dor;
- ❖ Sedativos e opióides;
- ❖ Mediadores inflamatórios;
- ❖ Desconforto;
- ❖ Ventilação mecânica.

Extrínsecos

(Aitken et al., 2017; Beltrami et al., 2015; Elliot, McKinley & Cistulli, 2013; Friese, 2008)

O ruído pode resultar em: hipertensão por resposta ao stress, com ativação do sistema simpático, constringindo os vasos, tendo efeitos no estado físico e psicológico da PSC.

A exposição à luz resulta em danos físicos e psicológicos, devido à sua influência no ritmo circadiano, afetando a secreção de melatonina, que é diminuída.

CAUSAM LIBERTAÇÃO DE CORTICOSTEROIDES E CATECOLAMINAS NA CORRENTE SANGÜÍNEA

(Riemer, Mates & Ryan, 2015)

O SONO EM UCI

A promoção do sono deve ser abordada em diferentes níveis simultaneamente:

- ❖ Ruído e iluminação;
- ❖ Minimizar as avaliações e tratamentos;
- ❖ Priorizar intervenções;
- ❖ Utilizar intervenções farmacológicas de modo a melhorar o tempo em estádios reparadores de sono
- ❖ Considerar intervenções comportamentais que melhorem a qualidade do sono como: a massagem, técnica de relaxamento, musicoterapia e *biofeedback*, colocando em prática protocolos de modo a obter resultados positivos (Friese, 2008; Engwall et al., 2015; Beltrami et al., 2015).

Há evidência de que os enfermeiros têm dificuldade em avaliar o sono da pessoa com precisão, sobrevalorizando a quantidade e qualidade, quando comparado com a avaliação dos próprios sobre o seu sono (Aitken et al., 2017)

Necessidade de existirem escalas

AValiação DO SONO

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) – é um instrumento de pesquisa simples e validado para medir a quantidade e qualidade do sono em doentes internados em UCI, podendo ser preenchido pelos próprios e/ou pelos enfermeiros (Kamdar, Needham & Collop, 2012).

É da autoria de Kathy Richards (2000).

Validada para a população portuguesa por Marisa Marques em 2016

É uma escala visual analógica em que o score mais alto (100mm) corresponde a um sono de maior qualidade e o score mais baixo (0mm) corresponde à pior noite de sono.

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Quais as intervenções de enfermagem (I) na promoção do sono (O), na pessoa em situação crítica (P), internada em Unidade de Cuidados Intensivos (C)?

Bases de dados: MEDLINE E CINAHL

Régua temporal: 10 anos (2007-2017).

Países: Turquia, Inglaterra, Estados Unidos da América, Brasil, Taiwan, Índia, Suécia e China.

Número de participantes: entre os 12 e os 200.

Identificaram-se 173 resultados, dos quais foram selecionados 14 documentos para extração e análise, tendo 4 sido eliminados nesta fase, pelo que foram obtidos contributos de 10.

Teoria do Conforto de Kolcaba

INTERVENÇÕES RESULTANTES DA RIL

Dimensão ambiental	Dimensão psicoespacial	Dimensão física	Dimensão sociocultural
<ul style="list-style-type: none">- Luminosidade;- Ruído.	<ul style="list-style-type: none">- Níveis de iluminação adequados, contribuíram para sentimentos de calma e segurança;- Ansiedade relacionada com o prognóstico clínico e preocupações relativamente à condição laboral após.	<ul style="list-style-type: none">- Hormonas como o cortisol e a melatonina são perturbadas com a exposição ao ruído e à luz;- A pobre qualidade do sono conduz a períodos de sonolência diurna;- A imobilização, a dor, e a avaliação neurológica são enumerados como fatores igualmente constrangedores.	<ul style="list-style-type: none">- O curto período de tempo de visitas para familiares e amigos.
Sistema de iluminação com ciclos que reproduzam a luz natural, combinado com a luz do dia, é bastante importante para a promoção do sono e avaliado como agradável pelos doentes.			
A utilização de máscaras oculares e tampões para os ouvidos, tendo sido comprovada que melhora a qualidade do sono.			
Outras técnicas podem ser utilizadas, como o uso de música relaxante, a inalação de óleo essencial de lavanda e otimização da temperatura, reduzido o nível de ansiedade.			

INTERVENÇÕES RESULTANTES DA RIL

A programação dos horários das intervenções que perturbam o sono era referenciada na rotina dos profissionais, em detrimento da preferência ou necessidade dos indivíduos (Hamze, Souza e Chianca 2015).

Importa minimizar as intervenções durante o período noturno, devendo ser elaborado um plano multidisciplinar, de modo a que as intervenções sejam planeadas (Hamze et al., 2015; Uğraş & Oztekin, 2007).

A utilização de protocolos **Quiet Time (QT)**, promove a redução de fatores ambientais, incentivando o descanso nos doentes internados, com satisfação por parte destes e dos profissionais, que se mostraram mais consciencializados acerca da problemática (Maidl, Leske & Garcia, 2014).

O sucesso de um protocolo QT exige a cooperação e esforços combinados de todos os profissionais envolvidos no cuidado à PSC (Maidl et al., 2014).

PROTOCOLO QUIET TIME

Necessidade de criar protocolo QT de modo a:

- ✓ Uniformizar a intervenção da equipa multiprofissional;
- ✓ Reduzir fatores ambientais perturbadores do sono;
- ✓ Incentivar o descanso nos doentes internados;
- ✓ Contribuir para a satisfação dos doentes e profissionais de saúde;
- ✓ Reduzir em cerca de 25% na utilização de fármacos sedativos.

(Buxton, Cain & O'Connor, 2012; Maidl et al., 2014)

Deve abranger as dimensões:



PROTOCOLO QUIET TIME

Com o objetivo de adequar o protocolo ao serviço e à sua dinâmica procuro obter:



Contributos da equipa de enfermagem

Contributos do enfermeiro-chefe

14

CONCLUSÃO

Quando for reconhecida em pleno a importância do sono de boa qualidade, durante a recuperação da doença aguda, e se começar a promover o sono na UCI, os resultados, incluindo, duração do internamento, taxas de infeção, taxas de complicações globais e de mortalidade, vão melhorar, uma vez que é conhecido que a interrupção do sono na PSC causa disfunção do sistema imunitário, metabólico, cardiovascular, respiratório e neurológico, diminuição da resistência à infeção, e dificuldade na cicatrização de feridas (Beltrami et al., 2015; Bihari et al., 2012; Friese, 2008).



Melhoria do *outcome* da PSC

15

Apêndice VI – Protocolo *Quiet Time*

PROTOCOLO QUIET TIME

DOENTE	AMBIENTE	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
20h45 – 23h00		
<ul style="list-style-type: none"> – Verificar o fluxo de ar dos colchões de pressão alternada; – Prestar cuidados de higiene e conforto relevantes (higiene oral, aspiração de secreções, posicionar e massajar); – Utilizar uma almofada adequada e apropriada à PSC de acordo com a sua necessidade (doentes sem contra-indicações médicas); – Verificar que os lençóis se encontram esticados; – Controlar e corrigir o oxímetro de pulso no dedo da PSC, de modo a evitar o som do alarme; – Gerir terapêutica indutora do sono; – Terminar a medicação por indução, sempre que possível. 	<ul style="list-style-type: none"> – Configurar o volume do toque do telefone da zona de trabalho para o mínimo, e todos os telemóveis da equipa em modo silencioso; – Limpeza e desinfeção de unidades e enfermaria. 	<ul style="list-style-type: none"> – Coordenação com o chefe de equipa do turno da noite; – Articular com a equipa médica, de modo que estes observem a PSC antes das 23h00; – Realizar colheitas de sangue venoso e arterial; – Substituir dispositivos como a algália, sonda gástrica, pressão venosa central e tratamento de feridas; – Auscultação pulmonar, percussão, cinesiterapia, cuidados com traqueostomia e/ou tubo endotraqueal e ventilador; – Transferir ou receber doentes na unidade (com exceção de emergências).
23h00- 06h00		06h00 – 08h00
<ul style="list-style-type: none"> – Recorrer à terapêutica em s.o.s. prescrita em caso de dor, náuseas e vómitos; – Evitar o ruído dos profissionais e do equipamento; – Colocar tampões nos ouvidos 	<ul style="list-style-type: none"> – Desligar as luzes do teto e cabeceira; – Interações silenciosas na equipa; – Ajustar o volume dos alarmes de monitorização da PSC, ventiladores e seringas infusoras; – Reduzir as luzes da enfermaria; – Manter fechadas as portas da unidade para outras divisões de modo a tentar reduzir o ruído e iluminação; 	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar colheitas de sangue venoso e arterial.

	– Colocação de iluminação nos carros de trabalho.	
20h00 – 08h00		
– Avaliação sistemática das vantagens/desvantagens de alterar o posicionamento da PSC	<ul style="list-style-type: none"> – Silenciar um alarme (de monitor ou equipamento) após verificação e atuação sobre o mesmo; – Colocação de posters na unidade a alertar para a necessidade de silêncio; – Sensibilizar todos os elementos da equipa multidisciplinar para a importância da redução da iluminação e do ruído. 	<ul style="list-style-type: none"> – Registar no foco: sono alterado, as atitudes terapêuticas realizadas; – Avaliação o sono com recurso ao <i>Richards-Campbell Sleep Questionnaire</i>.

Apêndice VII – Ficha de avaliação da sessão informativa

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO INFORMATIVA

Com vista melhorar a sessão informativa e a sua apresentação, gostaria que preenchesse esta Ficha de Avaliação, relativa à sessão: **“A promoção do sono na pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos – Intervenção especializada de enfermagem”** em que participou.

A sua colaboração é de extrema importância. Muito obrigada.

1. Identificação da Sessão Informativa

Duração:

Data de Início: / /

Data de Fim: /

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1 Insuficiente	2 Médio	3 Bom	4 Excelente
-------------------	------------	----------	----------------

2. Conhecimentos iniciais	1	2	3	4
Ao apresentar-se nesta sessão informativa, os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:				

3. Expectativas	1	2	3	4
Esta sessão informativa correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				

4. Refira a sua opinião sobre o desempenho do formador:

[illegible]

5. Funcionamento da sessão informativa

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens:

ITEMS	1	2	3	4
Os objetivos da sessão informativa eram claros?				
O conteúdo da sessão informativa foi adequado à função que desempenha?				
A sessão informativa estava bem estruturada?				
Os textos de apoio distribuídos foram adequados, em quantidade e qualidade?				
A duração da sessão informativa, relativamente ao seu conteúdo, foi adequada?				
Houve capacidade para esclarecer as dúvidas surgidas?				
Os conhecimentos adquiridos vão ter impacto na sua prática profissional?				
Relação do formador com o grupo				

6. Na sua opinião, quais os principais “pontos fortes” e “pontos fracos” deste curso/módulo?

Pontos fortes

Pontos fracos

7. Que sugestões de melhoria gostaria de fazer?

8. Comentários

Data de preenchimento: / /

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice VIII – Avaliação da sessão informativa

A sessão foi globalmente avaliada como 'excelente'. Dos 8 questionários preenchidos, que corresponde ao total de participantes, 92,7% dos enfermeiros avaliaram como 'excelente', numa escala de 1 (insuficiente) a 4 (excelente), os 12 itens que correspondiam à avaliação do formador e formação, sendo que 7,3% avaliaram os mesmos como 'bom'. No que diz respeito aos conhecimentos iniciais dos participantes, estes avaliaram-nos com 50% no 'médio', 12,5% no 'bom' e 37,5% no 'excelente', quanto às expectativas dos mesmos em relação ao que esperavam da sessão e ao que correspondeu, 75% avaliou em 'excelente' e 25% em 'bom'.

Quando pedido para enunciarem os pontos fortes e fracos da sessão, em pergunta aberta, os participantes enunciaram como fortes: a pertinência do tema, a promoção da reflexão acerca das práticas, fluência e domínio do tema pela formadora, disponibilidade, participação do grupo, e clareza da exposição. Como aspetos constrangedores expuseram o tamanho da sala onde foi realizada a sessão, referindo-a como pequena.